



Über dieses Buch

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

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

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

Nutzungsrichtlinien

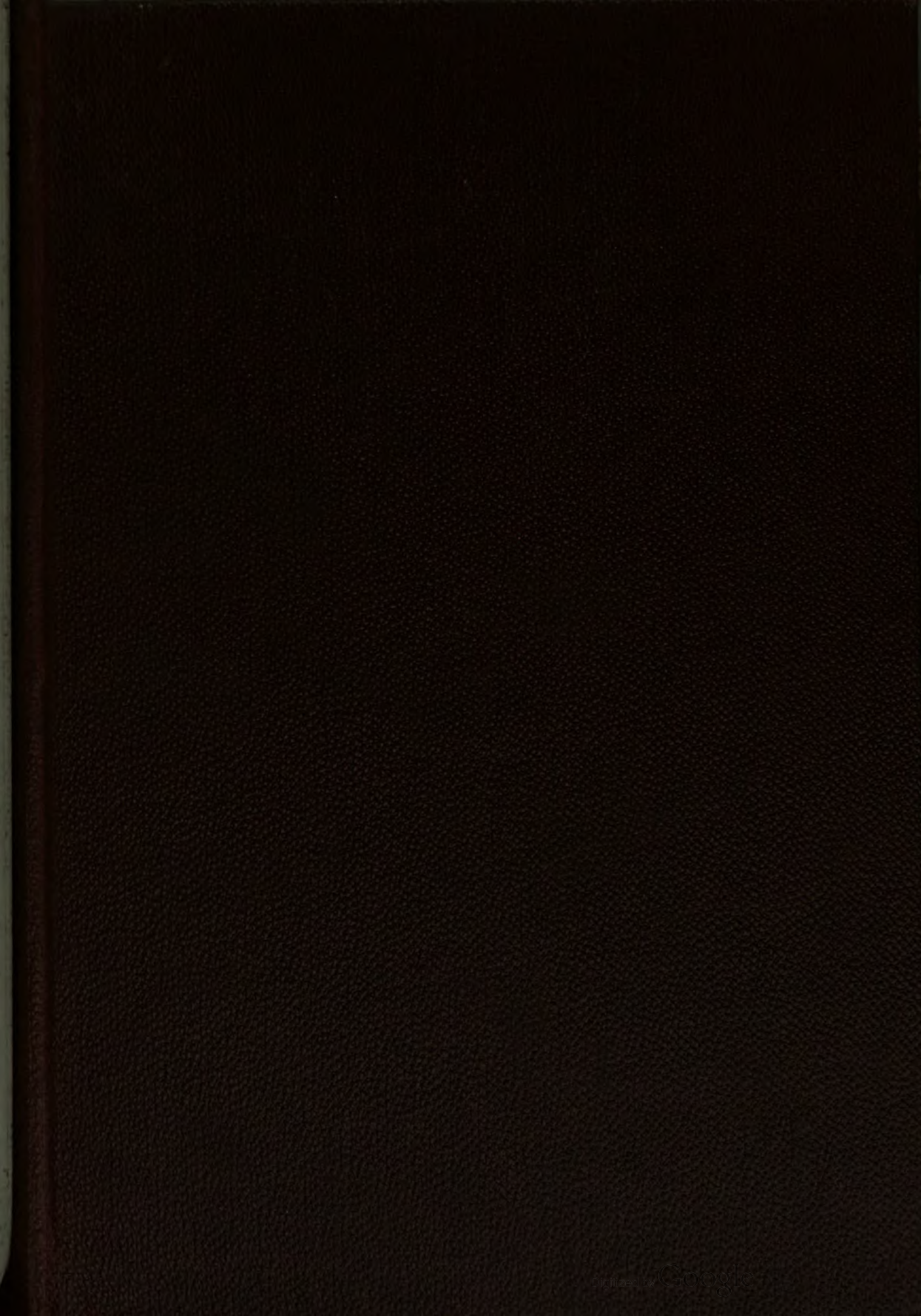
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig.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

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

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

Über Google Buchsuche

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





CENTRALBLATT

FÜR DIE GESAMTE

THERAPIE.

Unter Mitwirkung der Herren:

Prof. BING, Dr. BUXBAUM, Primararzt BULL (Christiania), Dr. DEUTCH, Prof. EHRMANN, Dr. J. EISENBERG, Dozent EISENSCHITZ, Dr. ERDHEIM, Prof. FREUD, Prof. GLAX (Graz), Prof. GOLDZIEHER (Budapest), Dozent GOMPERZ, Prof. GOTTLIEB (Heidelberg), Dr. R. GRUBER, Dozent GRÜNFELD, Dr. RICH. GRÜNFELD, Dr. HELLMER, Dr. HOCHSINGER, Dozent HOLLÄNDER, Dr. JÄNNER, Dr. D. KAUFMANN, Prof. S. KLEIN, Dr. S. KORNFELD, Dr. J. KÖNIGSTEIN, Prof. KÖNIGSTEIN, Dr. ROB. KRONFELD, Prof. E. LANG, Prof. J. MÖLLER (Graz), Prof. F. MÜLLER (Graz), Prof. NEUMANN, Dr. R. NEURATH, Prof. NEVINNY (Innsbruck), Dozent Dr. G. NOBL, Prof. PAL, Prof. PEL (Amsterdam), Prof. POLITZER, Dozent J. POLLAK, Dr. M. REINER, Dozent ROTH, Primararzt J. SALGO (Budapest), Prof. SCHAUTA, Prof. SCHEFF, Prof. SCHIFF, Dr. J. SCHNABL, Dr. A. SINGER, Dr. FR. SPIT'ER, Dozent C. ULLMANN, Dr. WEIL, Dr. F. WINKLER, Prof. WÖFLER (Prag), Dozent ZUCKERKANDL

begründet von

Prof. DR. M. HEITLER

redigiert von

DR. EMIL SCHWARZ

Privatdozent für innere Medizin an der Universität in Wien.

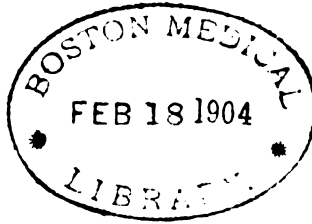
XXI. JAHRGANG 1903.

WIEN.

VERLAG VON MORITZ PERLES

k. u. k. Hofbuchhandlung

Stadt, Seilergasse 4.



~~~~~  
**ALLE RECHTE VORBEHALTEN.**  
~~~~~



Sach-Register.*)

	Seite
Abhärtung , Ueber sogenannte, bei Kindern	28
*Abhärtung , Zur Frage der	132
Accouchement forcé wegen anormaler Lage der Placenta	41
Acidum picricum , Ueber den therapeutischen Wert von	371
Acne rosacea , Behandlung mittels Phototherapie	505
Adrenalin	62, 373
Adrenalin , Intravenöse Injektion von, verbunden mit Herzmassage und künstlicher Atmung	375
Adrenalin , Ueber die Wirkung von, bei Hämoptoe und Hämatemesis	179
Adrenalin , Vergiftung mit	62
Aethernarkose , Beitrag zur	613
Aetherrausch , Das Operieren im	36
Aethertropfnarkose , Zur Anwendung des Aethers als allgemeines Betäubungsmittel:	33
Aethylchlorid , Ueber Lokalanästhesie mit	159
Albargin	317
Alkalische Medikation , Die natürliche	377
Alkohol , Der, bei der Behandlung fieberhafter Krankheiten, besonders der Pneumonie	596
Alkohol zur Desinfektion und zur Verhütung des Anlaufens des laryngorhinoskopischen Spiegels	436
Alkohol-Cellit	638
Alkoholtherapie , Ueber, bei entzündlichen Veränderungen des weiblichen Genitaltraktes	235
Aluminiumbronzedrahtes , Ueber den Wert des, in der Chirurgie	547
Anämorenin , Zwei Vergiftungen mit	379
Anästhesie , Lokale	184
Anästhesierung , Ueber, der Schleimhäute mit 25% alkoholischer Kokainlösung bei Operationen in der Nase, im Pharynx und Larynx	49
Anästhesin	382
Anästhesin , ein neues Lokalanästhetikum	293
Anästhesin , Mitteilung über	691
Anästhetikums , Die Wahl eines, für kurze Operationen in Hals und Nase	551
Aneurysmen der Carotis interna , Beitrag zu den extrakraniellen	677
Angina diphtheroides , Ueber	165
Angiom , Ein Fall von kavernösem, der Finger, durch Alkoholinjektionen geheilt	417
Angiothrypsie , Ueber die	234
Ankylosis mandibulae vera	227
Ankylostomiasis , Beitrag zur Behandlung der	605
Ankylostomiasis , Ueber zehn Fälle von, in der Schwangerschaft	232
Anthrasol	511
Antianthraxserum , Behandlung der Pustula maligna mit	636
Antistreptokokkenserum , Das, und seine Anwendung beim Menschen	535
Antistreptokokkenserum , Die Behandlung der Streptokokzien mit	763
Antithyreoidin , Ueber das	137
Anurie , Kukulösen, Beitrag zur Behandlung der	748

*) Die mit * bezeichneten Aufsätze sind Originalartikel.

	Seite
Appendicitis, Beiträge zur Frage der Frühoperation bei	96
Arheol, Therapeutische Erfahrungen über	118
Aristochin	126, 254
Aristochin, Ueber Behandlung des Keuchhustens mit	252
Arsenik, Kasuistische Mitteilungen über Hautveränderungen durch	243
Arsenpräparate	756
Arteriosklerose in den unteren Extremitäten	99
Arthritis crico-arytaenoidea bilateralis rheumatischen Ursprungs	550
Arthritis deformans, Weitere Beiträge zur chirurgischen Behandlung der, insbesondere der kleineren Gelenke	228
Arthrodesse, Ueber die, des paralytischen Schlottergelenkes der Schulter	280
Asthma, Zur Pathologie und Therapie des	213
Astigmatismus, Operation	755
Atoxyl, Weitere Versuche mit	307
Atresie, Narbige, der Vulva bei einem 3 $\frac{1}{2}$ -jährigen Mädchen	422
Augenverletzungen infolge von Blitzschlag	694
Aureol, Ueber Hautaffektionen nach dem Gebrauche von	171
Ausspülungen, Vaginale, vom geburtshilflichen, gynäkologischen und hygienischen Standpunkte	632
Bahnungstherapie, Die, bei der Hemiplegie	607
*Bakterien und Toxine, Empfindlichkeit der Gewebe und Organe für	13
*Balneotherapie, Ziele der	193
Balsamica, Zur Wirkung der	496
Barlow'scher Krankheit, Ein Fall von	631
Bartflechten	358
Basedowii Morb., Natr. salicyl. als Therapeuticum	508
Basedowii Morb., Ueber die spezifische Behandlung des	601
Basedowii, Morbus, Weitere Mitteilung über serotherapeutische Behandlung des Basedow'schen Krankheit, Zur Therapie der	408, 664
Bier'sche Stauung, Ueber die	479
Biosin	373
Bismutose, Einige Bemerkungen über die	125
Blasenmole, Zur Kenntnis der bösartigen, und deren Behandlung	483
Blasenruptur, Ueber	355
Blasenschnitt, Ein neuer	749
Blasensteinoperationen, Bericht über	292, 425
Blasensteinzertrümmerung, Bemerkungen zur, mit nachfolgender Aspiration	426
Blasentuberkulose, Zur Pathologie und Therapie der	103
Blastomykosen, Zur Pathologie und Therapie der	684
Bleikolik, Gegen	755
Blinddarmentzündung, Die im Verlaufe der, auftretenden Fisteln	414
Blutdruck, Ueber den Einfluß kalter hyriatischer Prozeduren auf den	471
Blutdruck, Ueber den Einfluß von Bädern und Douchen auf den	608
Blutegel in Luftröhre und Mund	292
Blutungen in der Nachgeburtszeit	102
Borsäure bei Skorbut	445
Borsäure, Erfahrungen über Entfettungskuren mit	278
Bottini'schen Operation, Beitrag zur	107
Bradykardie, Die, im Wochenbette	547
Bromochinal	127
Bromokollresorbin, Ueber	243
Bronchopneumonie, Ueber die Behandlung der, der Kinder mit heißen Bädern	369
Brucheinklemmungen, Ueber die isolierten, des Wurmfortsatzes	224
Brücken, Ueber die Dauerhaftigkeit des Zahnersatzes durch	501
Bubo inguinalis, Beiträge zur Kenntnis des, und den Wert einiger Behandlungsmethoden	56
Bücheranzeigen	64, 128, 189, 255, 319, 383, 447, 512, 576, 640, 703
Buttermilch als Säuglingsnahrung	565

Caput obstipum spasticum, Resektion des N. access. und der hinteren Cervikalzweige	506
Cardoldermatitis, Ueber	55
Cavernitis gonorrhoeica, Zur Kenntniss der	688
Cerolin	702
Chemischen Strahlen, Zur Behandlung der Hautkrankheiten mit	112
Chinaphenin	128
Chlortherapie, Zur	758
Chinininjektionen, Subkutane	187
Chloroformnarkose, Zur Prophylaxis bei der	225
Chloroformnarkosen, Beobachtungen bei 1200	546
Choledochusverschluß, Die chirurgische Behandlung des, durch Stein und Tumor	478
Cholelysin	638
Chologen	318
Chorea, Beobachtungen bei der Arsenotherapie der	567
Chorea, Ueber rheumatische, und ihre antirheumatische Behandlung	312
Chorea und Schwangerschaft	240
Collargolinjektionen, Ueber die Wirkung intravenöser, bei septischen Erkrankungen	348
Crèmebäckerei, Vergiftungen durch, Einfluß verdorbener Vanille	377
Cystitis, Ueber die Behandlung der chronischen, mittels Curettement der Harnblase	106
Cystitis, Gomenol bei	757
Darmdesinfektion, Ueber	573
Darminvagination, Zur Kasuistik der chirurgischen Therapie der	251
Darmstenose, Ueber, nach Brucheingklemmungen	345
Darmverschlusses, Zur Diagnostik und Therapie des inneren	150
Dauerdrainage, Dilatierende, des Uterus zur Behandlung der Endometritis und Dysmenorrhöe	287
Delirium tremens, Kaltwasserbehandlung des	608
Diabetes insipidus, Ueber	471
Diabetes mellitus, Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des	85
Diabetes mellitus, Versuche über den Einfluß des Pflanzenweißkörpers auf die Zuckerausscheidung bei	467
Dickdarmkatarrhe, Ueber die Behandlung chronischer, mit hohen Eingießungen	406
Dickdarmkatarrhe, Zur Behandlung chronischer	407
Digitalis, Ueber den Einfluß der, auf die Respiration des Herzkranken	401
Digitalisöl, Natives, injicierbares	759
Diphtherie mit und ohne Antitoxin	122
Diphtherieheilserum, Das, seine Wirkungsweise und Leistungsgrenzen bei operativen Larynxstenosen	366
Diphtherieserum, Intravenöse Infusion von	371
Diphtherieserum, Ueber eine neue Art von	26
Douglas'sche Falten, Die Bedeutung der, für die Lage des Uterus	736
Ductus nasolacrimalis, Die Sondierung des, von der Nase aus	289
Dünndarmresektion, Zur Frage ausgedehnter	416
Dupuytren'schen Fingerkontraktur, Unblutige Behandlung der	546
Dysenterie, Eissuppositorien bei	475
*Dyspepsie, Zur Pathogenese und Therapie der nervösen	2, 66
Echinococcusoperationen, Ueber Impfreidive nach	148
Eisenotherapie, Ueber die Leistungsfähigkeit der	540
Eitersammlungen in den Anhängen der Gebärmutter, Beitrag zur operativen Behandlung der	422
Eklampsie, Zur Behandlung der	759
Eklampsie, Behandlung der, mit Veratrum viride	41

	Seite
Ekzems der Brustkinder, Aetiologie des	371
Ekzems, Zur Pathologie und Therapie des	556
Eczema acutum, Heißes Wasser gegen	30, 147
*Elektrolyse, Erfahrungen über die dermatologische Verwerthung der Empyroform	449 638
Enteroptose, Zur Pathologie und Therapie der	273
Entfettungskuren, Ueber den Gang der Fettabnahme bei	137
Entwicklung und Perforation, Zur, des nachfolgenden Kopfes	618
Enuresis nocturna, Die Beziehungen der sogenannten adenoiden Vegetationen zur	696
Enuresis, Ueber, und ihre Behandlung	747
Epididymitis, Ueber die Pathogenese der gonorrhöischen	743
Epilepsie, Statistische Untersuchungen über Prognose und Heilbarkeit der	502
Epitheliome, Zur Jodbehandlung der	170
Epithelioma, Zur Therapie des	429
Ernährung von Säuglingen, Ueber biologische Mehrleistung des Organismus bei der künstlichen, gegenüber der Ernährung mit Muttermilch	120
Erosio portionis vaginalis, Zur Aetiologie und Anatomie der	627
Erwägungen ethischen Charakters über Operationen in der chirurgischen Praxis	503
Eumydrin	764
Eukinase und Pankreatokinase	188
Exsudaten, Injektion sterilisierter Luft bei pleuritischen	507
Extraktion, Zur, der Fremdkörper aus der Blase	104
Extrauterin-Schwangerschaft, Ueber wiederholte	486
F acialisparalyse peripheren Ursprungs, Operative Behandlung der	506
Fibromyome des Uterus, Ueber die Verkalkung der	353
Fieber der Phthisiker, Beiträge zur Erklärung der günstigen Wirkung der Betruhe auf das	340
Fissur, Zur Behandlung der, und des Vorfalles des Mastdarmes	281
Fisteln des Duodenum, Ueber	285
*Fleischkost, Zur Frage der, bei Nierenerkrankungen	513
Flüssigkeitszufuhr, Zur Frage der Kochsalz- und, bei Herz- und Nieren- kranken	666
Freiluftbehandlung bei Syphilis	372
Fremdkörper, Ein, als Geburtshindernis	617
Fremdkörper aus der Harnblase, Ueber die Verwendung des Elektromagneten zur Entfernung eiserner	231
Fremdkörpern der männlichen Harnblase, Beitrag zur Lehre von den	682
Fremdkörper, Ein seltener Fall von, in der Harnblase	357
Fremdkörper in der Gebärmutter	288
Frühgeburten, Künstliche, wegen Beckenenge	615
Frühsyphilis, Hereditäre, ohne Exanthem	628
Furunkulose, Vegetarische Diät gegen chronische	244
Furunkulosis, Therapeutisches Detail bei der Behandlung der	116
G allenblase, Ueber Nekrose der	477
Gallensteinkrankheit, Die innere Behandlung der	83
*Gallensteinkrankheit, Ueber die Therapie der	577
Gallensteinoperationen, Dauerheilungen nach	678
Gebärmutter, Wiederausdehnung der, während der Geburt	616
Gebärmutterkrebses, Zur Frühdiagnose des	549
Geburtslähmungen, Naht des Plexus brachialis bei, der oberen Extremität	173
Gefrierpunktsbestimmung, Ist die, des Blutes ein ausschlaggebendes Hilfs- mittel für die Nierenchirurgie?	166
Geistesstörungen, Die Behandlung der, mit dem kontinuierlichen Bade	30
Gehirns, Reaktionsfähigkeit des, bei gesunden und kranken Individuen	725
Gelatinebehandlung, Zur, bei Melaena neonatorum	59

Gelatineinjektionen, Ueber die hämostatische Wirkung der, bei Typhus abdominalis	341
Gelatinetherapie bei blutenden Kindern	568
Gelenkfremdkörper, Zur Symptomatologie der	544
Genitalsphäre der Nase, Ueber die Beeinflussung gewisser subjektiver Ohrerscheinungen durch Behandlung der	294
Genu valgum adolescentium, Ueber die unblutig operative Epiphyseolyse für Behandlung des	154
Geosot, Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit	124
Geschlechtskrankheiten, Prophylaxe der	311
Glaukom, Das, und seine Behandlung	47
Glaukomanfall, Ueber den Einfluß von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten	555
Glykogen, Therapeutische Anwendung von	758
Glykosal	574
Glykosurie der Diabetiker, Die Einwirkung von Medikamenten auf die	334
Goldchlorid und Natriumchlorid in der Syphilistherapie	762
Gonokokkus, Ueber die Rolle des Toxins des	738
Gonorrhöe, Die Behandlung der, mit Protargolgelatine	230
Gonorrhöe, Die, der weiblichen Geschlechtsorgane	105
Gonorrhöe, Eine neue Behandlungsmethode der	117, 492
Gonorrhöe, Ueber chronische, und Gonokokkennachweis	687
Gonorrhöe, Zur Therapie der	362
Gonorrhoea anterior, Die Behandlung der akuten und subakuten, mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen	245
Gonorrhöische Erkrankungen der Kinder, Zur Kenntnis der	569
Gonorrhöischer Prozesse, Allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung	117
Gonosan (Kawasantal), Zur Behandlung der Gonorrhöe mit, einen neuen Antigonorrhoicum	118
Granulosis rubra nasi, Ueber	169
Gummata an Injektionsstellen von Quecksilberpräparaten	433
Gummiringe, Ueber die Verwendung kleiner, zur Druckentlastung schmerzhafter Punkte am Fuß	101
Haarfärbemittel, Folgen nach Gebrauch eines sogenannten unschädlichen	244
Halsrippen, Zur Kasuistik der	286
Hämatocoele retrouterina; ein Beitrag zu Aetiologie und Therapie	234
Hämorrhoidalknoten, Behandlung von, durch Injektion heißer Salzlösungen	374
Händesterilisation und Wochenbettsmorbidität	233
Harnröhrenerkrankungen, Beiträge zur mechanischen Behandlung der	432
Hautgeschwüre, Ueber, gonorrhöischer Natur	431
Hautkrebs, Behandlung mit Röntgenstrahlen	54
Heißer Luft, Behandlung gynäkologischer Krankheiten mit	31
Heißluftbehandlung bei Hautkrankheiten	168
Heißluftbehandlung, Zur Physiologie und Technik der	218
Helmitol	63
Helmitol, Klinisches und Bakteriologisches über	621
Hemeralopie und Leberpräparate	46
Hemiplegien, Die physikalischen und mechanischen Agentien bei der Behandlung der organischen	29
Heroin als Anaphrodisiakum	763
Hepaticusdrainage, Die	223
Herpes progenerialis, Die Hygiene und Behandlung des	241
Herzkrankungen und ihre Behandlung am Meere	761
Herzkrankheiten, Bäder und Gymnastik bei chronischen	475
Herzkrankheiten, nervösen, Ueber die sogenannten	558
Herzmassage, Ueber	148, 343
Hetolbehandlung, Zur Frage der Wirksamkeit der	381
Hetralin	702

VIII

	Seite
Heufiebers, Weiterer Beitrag zur Ursache und spezifischen Heilung des . . .	211
Hopogan	574
Hornhaut, Ueber einige für den praktischen Arzt wichtige Erkrankungen der, und ihre Behandlung	553
Hydroelektrischen Bäder, Technik und Indikation der	634
Hydrokelenoperation, Ueber die Winkelmann'sche	224
Hydrokelenoperation, Beitrag zur Winkelmann'schen	677
Hydrokephalus internus, Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung des	699
Hydronephrosis intermittens, Ueber	229
Hydrops intermittens, Heilung durch Jodoformglyzerininjektion	664
Hydrotherapie bei Augenleiden	749
Hydrotherapie im Winter	220
Hydrothermoregulators, Ueber Wirkungen konstanter Wärme auf die Haut und andere Organe mit Demonstration des	119
Hyperemesis gravidarum und ihre Behandlung	374
Hyperhidrosis, Eine eigentümliche mit, einhergehende entzündliche Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen	50
Hyperjodöl, Das, in der ophthalmologischen Therapie	160
Hysterektomie, Ein Fall von supravaginaler abdominaler, wegen puerperaler Infektion	159
Hysterektomie, Ein Fall von vaginaler, wegen puerperaler Septikämie	158
Hysterektomien, Keilförmige, längliche.	738
Ichthyolidin	573
Imprezidiv, Ueber einen Fall von, in der vorderen Bauchwand	287
Impfschutzverband, Ein neuer einfacher	572
Impotenz und deren Behandlung	605
Infektionen, Hydrotherapie bei	147
Infektionskrankheiten, Zur Behandlung akuter	143
Infusionsbehandlung, Ueber	90
Inhalationsapparat, Bulling's	573
Intrauterine Injektionen, Behandlung des Endometriums mit	45
Intubation, Die perorale	163
Inversio uteri completa puerperalis	735
Involution eines Rhinolaryngoskleroms durch Erysipel der Gesichtshaut und eines Sarkoms des Rachens durch Streptokokkeninfektion	293
Jodbäder , Ueber die sogenannten	741
Jodipin, Betrachtungen über das	115
Jodipininjektion, Röntgenbefund nach	689
Jodismus, Zur Kenntnis und Verhütung des	722
Jodmethyl als Vesicans	635
Jodoformknochenplombe	476
Jodoformplombe nach v. Mosetig, Beiträge zur operativen Radikalbehandlung der Kniegelenktuberkulose mit	284
Jonenwirkungen, Ueber, und ihre therapeutische Verwendung	138
Jschias, ihre Behandlung mit Nervinsarkokleisis	345
Jschurie, Ueber einige seltene Formen von	357
Juckausschlag im Kindesalter, Ueber den	624
Kälte , Ein Apparat zur Application localer, im weiblichen Genitaltrakt	342
Kalomelinjektionen, Die Behandlung der Syphilis mit	309
Kantheriden, Ueber die Einwirkung der, auf das Auge	438
Karzinom, Ueber möglichen Zusammenhang zwischen, und nervösen oder trophischen Bezirken	632
Kathetersterilisation, Die	165
Kavernöser Tumoren, Zur Technik der Behandlung	226
Kefyrs, Ueber die Verdaulichkeit magern und fetten	181
Kehlkopfdiaphragma, Zur Kenntnis des angeborenen	292

	Seite
Kehlkopfentzündung, Zur Kenntnis der „fleckweisen“	291
Kehlkopfpapillome, Ueber die Behandlung der, im Kindesalter	434
Kehlkopfpulverbläser, Ein	163
Kehlkopfspiegels, Ersatz der Anwärmung des	164
Kephalhaematom, Ueber	549
Keuchhustens, Behandlung des, mit Chinin muriat. und Aristochin	314
Keuchhusten, Zur Behandlung des	311
Kieferhöhle, Die Eröffnung der, im mittleren Nasengange	692
Kieselsäure, Zur Physiologie und Pharmakodynamik der	667
Klavikotomie, Die	421
*Klimatotherapie, Zur, der Tuberkulose	257, 327, 392
Kniescheibenbrüche, Zur Behandlung der	729
Knochenhöhlen, Zur Behandlung der, in der Tibia	279
Knochenmarks, Zur Heilwirkung des	626
Knochennaht, Behandlung der Frakturen mit primärer	40
Köliotomie, Die vaginale, als Konkurrenzoperation	734
Kohlensäurebäder, Dosierte, künstliche	637
Kokain, das, in der Geburtshilfe	420
Kokaininjektion, Ueber lumbale	182
Kokainisierung, Zur, des Rückenmarkes nach Bier	420
Kollargol, Zur Verwendung des	374
Kollargolinjektionen, Die Behandlung septischer Erkrankungen mit intravenösen	222
Kollyrien in Oellösung	161
Kopftetanus, Ein Fall von, mit Hypoglossusparesie, geheilt nach Duralinfusion mit Behring'schem Antitoxin	368
Krebs, Ist der, heilbar?	102
Krebs, Ueber den primären, der Extremitäten	225
Krebsses, Mitteilungen über Studien zur Erforschung und Heilung des	142
Kuhmilch, Beitrag zur Behandlung von Ernährungsstörungen mit gelabter	698
Kystoskop, Das retrograde	481
Lamium album, Ueber die Kontraktion des Uterus unter Anwendung von, und einigen anderen pharmakologischen Mitteln	157
Laparotomie und Ventralhernie	284
Larynx, Totalexstirpation des, ohne Narkose	690
Larynxstenose, Ueber die Indikationsstellung der operativen Behandlung der diphterischen	52
Larynxstenosen, Zur operativen Behandlung akuter	690
Larynxtuberkulose und Gravidität	290
Lavement, Das elektrische, seine Indikationen und Kontraindikationen	92
Lavement, Mißbrauch des	504
Leberchirurgie, Beitrag zur	346
Lepra, Hydriatische Behandlung der	219
Leprabehandlung, Ueber	116
Lepraheilung mit Chaulmogra-Oel	170
Lichtes, Die therapeutische Anwendung des blauen elektrischen	220
Lichtes, Die Verwendung des, zur Heilung des chronischen Pharynxkatarrhs und andere Pharynxprozesse	552
Lichttherapie	32
Lichttherapeutische Neuigkeiten	31
Lichttherapeutische Spezialitäten	494
Ligatureiterungen, Ueber	739
Lipombildung, Ueber, im Uterus	681
Lithiasis der Harnwege, Erfahrungen über	424
Little'sche Krankheit, Besserung durch merkurielle Behandlung	507
Lokalanästhesie, Die, bei Eingriffen am Gehörorgan	295
Luft, überhitzter, Allgemeine und lokale Applikationen	343
Luftdouche, Ein zweckmäßiger Apparat zur Anwendung der, bei Ohrenkranken	297

	Seite
Lumbalanästhesie, Ueber ein neues Verfahren bei der	37
Lumbalpunktion bei Ohrenkrankheiten	623
Lumbalpunktion, Ueber den Wert der systematischen, bei der Behandlung des Hydrocephalus chronicus internus bei Kindern	250
Lungenkrankheiten, Ueber die operative Behandlung gewisser, und ihre Indikation	215
Lungenphthise, Das Sanatorium in der Behandlung der	410
Lungentuberkulose, Die operative Behandlung der	39
Lupusbehandlung, Ueber	486
Lysolvergiftung, Vier Fälle von innerer	539
Magen ausspülung, Zur Technik der	222
Magenkrankheiten, Physikalisch-diätetische Behandlung der, in der Praxis .	91
Magenpathologie, Ueber die Anwendung der physikalisch-chemischen Gesetze auf eine Frage der	87
Magens, Ueber den Einfluß verschiedener Körperlagen auf die motorische Funktion des	609
Mammacarcinoms, Welche Aussichten bietet die Operation des, bei vergrößerten Supraclaviculardrüsen	151
Mandelschlitzung, Ueber	248, 693
Masern, Ueber die Beziehungen der, zum Auge	751
Massage, Abdominelle, bei chronischer Diarrhöe	606
Massage bei Nervenkrankheiten	542
Massage der Prostata, Indikationen für die	620
Massage, Die, im Dienste der Dermatologie	167
Massageverfahren, Ueber ein neues	151
*Mastdarmfisteln, Ueber die Behandlung der	129
Mastitis, Ueber die Operation der puerperalen	680
Medikamente, inkompatible	756
Melaena neonatorum, Zwei Fälle von, mit Gelatineserum behandelt	485
Melanodermie und Hyperkeratose nach Arsengebrauch im Anschlusse an Arsenkrebs	414
Menière'schen Symptomenkomplexes, Zur Galvanotherapie des	623
Meningitis, Zur Frage der Heilbarkeit der tuberkulösen	171
Menthol bei reflektorischem Erbrechen	180
Meralgie, Beitrag zur Kenntnis der Roth-Bernhard'schen, und ihrer operativen Behandlung	96
Mesenterialschrumpfung, Ueber die, und ihre Beziehung zum Volvulus der Flexura sigmoidea	612
Mesotan	126
Methylatropiniumbromid	510
Methylatropiniumbromids, Vorläufige Mitteilung über die pharmakologische und therapeutische Wirkung des	48
Methylenblau als lokales Therapeutikum	373
Migräne, Ueber Diagnose und Therapie der	141, 600
Milch, Ueber Untersuchung der, beider Brüste	697
Milchsekretion, Betrachtungen betreffs der, bei Frauen	44
Milz, Die Exstirpation der	728
Milz- und Leberverletzungen, Ein Beitrag zur Chirurgie der	150
Mineralheilwässer	253
Mißbildung der Gesichtsknochen, Behandlung der, mittels plastischer Opera- tionen und Immediatprothesen	347
Moorbäder, Beitrag zur Wirkung der, bei Herzmuskelerkrankungen	344
Morphinismus, Behandlung des chronischen, mit Hyoscin hydrobromic	370
*Morphinismus, Die Heilung des chronischen, durch eine neue Behandlungsweise	321
* — II. Mitteilung	463
* — III. Mitteilung	713
Morphiumvergiftung, Ein Heilserum zur Bekämpfung der, und ähnlicher In- toxikationen	88

	Seite
Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen	627
Myomoperationen, Ueber vaginale	351
Myositis ossificans, Beitrag zur	348
Nachgeburtsperiode. Ueber den Verlauf der, in 1000 Fällen	619
Nagelerkrankungen, Zur Behandlung einiger	111
Nagelkrankheiten, Ueber	304
Nagelpilz, Ein neuer	301
Naht der Schenkelvene, Ueber die, am Leistenbände	283
Narkose, Ueber die einzelnen Phasen der Betäubung zu Beginn der	413
Narkotil	446
Narkotil, ein neues allgemeines Anaesthetikum	376
Nase und Ohr, Ueber eine eigentümliche Beziehung zwischen	624
Nasenatmung, Ein kleiner Eingriff gegen erschwerte	164
Nasenflügelansaugung, Zur Behandlung der	692
Nasenverkleinerungen, Ueber einige weitere operative	435
Nebennierenextrakts, Die Anwendung des, in der Zahnheilkunde	61
Nebennierenextraktes, Mitteilungen über die Wirkung des, als lokales Anästhetikum und Hämostatikum	185
Neugeborenes lebendes Kind von hohem Gewichte	484
Neurosen, Ueber die physikalische Therapie der	727
Néo-Arsykodile, Klinische Erfahrungen über	400, 603
Nephritis chronica, Ueber die Behandlung der nervösen Erscheinungen bei	178
Nephropexie, Vulliets, mittels eines Schlingentenotoms vereinfacht	181
Nephrotomie, Die, und ihre Folgen	230
Nervenpfropfung des Nervus facialis auf den Nervus hypoglossus	349
Nierenkapselung, Chronische parenchymatöse Nephritis beim Kinde, be- handelt mit, nach Edebohl	123
Nierenentzündung, Die Heilung der, durch operative Behandlung	356
Nierenkapselablösung bei chronischem Morbus Brighti	372
Nierenwassersucht, Zur Behandlung und Verhütung der	337
Oxalsäure als Espectorans	757
Obesität, Pathologie und Therapie der	276
Obstipation, Die spastische	269
Obstipation, Ueber die chronische spastische	146
Odda, Ernährung von Kindern mit	568
Oesophagoskopie, Ueber, und Oesophagotomie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre	418
Oleum mercurioli	701
Omphalotrypsie, Ueber	619
Ophthalmoblenorrhoea neonatorum, Ueber den Wert des Argentum aceticum in der Prophylaxe der	298
Orbita, Ueber Syphilis der	47
Osteomalacie, Ueber diaphoretisches Heilverfahren bei	353
Ovarialcysten, Ueber die, als Geburtshindernis	238
Ovariencysten, Ueber Spontanruptur von	354
Paraffin, ein ideales Material für Wurzelfüllungen	185
Paraffinjektionen, Zur Wiederherstellung der unteren Nasenmuschel durch, bei der Behandlung der Rhinitis atrophicans	376
Paraldehyd und Skopolamin	125
Paraurethralgänge, Ueber die gonorrhöische Erkrankung der	742
Patellarfrakturen, Zur operativen Behandlung frischer, subkutaner, durch offene Knochennaht	152
Perforationsperitonitis, Die Behandlung der akuten, im Typhus mittels Laparatomie und Ileostomie	227
Peroneuslähmung nach der Geburt	289
Periodontitis, Zahnextraktionen bei akuter eitriger	444

	Seite
Peritonitis, Medizinische Behandlung der tuberkulösen	60
Perivesikale Entzündungsvorgänge, Die intravesikalen Anzeichen für, beim Weibe	548
Phototherapie bei Neurasthenie	33
Phlebitis, Behandlung der	505
Physostigmin gegen gefährdenden Meteorismus	403
Pilokarpins, Ueber die Wirkung des, auf die Magensaftsekretion	186
Pilokarpinbehandlung der croupösen Pneumonien, Weitere Beobachtungen über	665
Pityriasis versicolor der Nägel	301
Pleuritischer Exudate, Zur Nachbehandlung	276
Pneumonie, Behandlung der fibrinösen, mit Hetolinjektionen	317
Pneumonie, Hydriatische Behandlung der	474
Pneumonie und Laparatomie	735
Pneumonie, Zur Behandlung der	145
Prolapsen, Ueber die plastische Verwendung des in die Scheide gestürzten Uterus bei	288
Prophylaxe, Zur individuellen, der venerischen Krankheiten	54
Prostata, Hypertrophie der, und galvanokaustische Behandlung nach Bottini-Freudenberg	108
Prostatadiscision, Beitrag zur Statistik der Bottinischen	57
Prostatahypertrophie, Die Behandlung der	109, 480
Prostatamassage und Albuminurie	621
Prostatektomie, Die perineale, bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse	107
Prostatitis acuta nach Furunkulose	482
Prostatomiose, Zur	57
Protargol, Ueber	46
Prothesen, Plastische	753
Protylin	446
Pruritus ani	56
Pseudoleukämie, Behandlung der, mit Röntgenstrahlen	754
Psoriasis, Zur Behandlung der	427
Psychosen, Hydrotherapie bei	147
Puerperalfieber, reine Pathologie und Behandlung	42
Puerperalfiebers, Zur Behandlung des	43
Puerperalfiebers, Zur Diagnostik des	155
Purgativum, Ein hypodermatisches	376
Pustula maligna, Beiträge zur Kenntnis der	223
Pyorrhoea alveolaris, Die, und ihre Heilbarkeit	315
Pyranum, Ueber, als Antineuralgikum	187
Pyrenol	702
Quecksilber, Die Aktion des, auf das syphilitische Gewebe	246
Quecksilber und Jodpräparaten, Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von	247
Quecksilber, Ueber eine bei Syphilitischen vorkommende Reaktion der Zungenschleimhaut auf	495
Quecksilberdermatitis, Ueber, und die ihr zugrunde liegenden histologischen Veränderungen	55
Quecksilberexanthem, Ein schweres spät eintretendes, nach zwölf Einreibungen mit grauer Salbe	493
Quecksilberpräparate, Idiosynkrasie gegen	243
Quecksilberpräparate, Neue	574
Quecksilbervergiftung mit tödlichem Ausgange nach Einspritzungen von Hydrarg. salicyl.	365
Rachenmandel, Die akuten Entzündungen der	437
Rachentuberkulose, Ueber die Heilbarkeit der	51
Radialislähmung nach Oberarmfraktur, kasuistischer Beitrag	153

	Seite
Rezeptformeln	64, 127, 188, 255, 318, 382, 445, 511, 575, 639, 703
Regulierung, Ein Fall von immediater, nach der Methode Bryan	316
Rektalnahrung, Ueber	139
Retrodeviationen des Uterus, Beitrag zur Behandlung der, durch intraabdominale Verkürzung der runden Mutterbänder	352
Retroflexio uteri, Ueber Behandlung der	484
Röntgenstrahlen, Ueber einen mit, erfolgreich behandelten Fall von Brustdrusenkrebs	281
Ruckenmarklahmung durch ein Chondrosarkom des sechsten Brustwirbels. Operative Heilung	545
Ruckfallfiebers, Zur Therapie des	274
Sarkom der Niere, Ein vermutetes, geheilt durch X-Strahlen	636
Sauerstoffinhalationen, Ueber, bei Kinderkrankheiten	251
Sauerstofftherapie, Zur	85
Suglingsekzems, Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Anschluß an die Heilung eines	442
Säuglingssterblichkeit, Einige Vorschläge zur Einschränkung der	499
Schädel- und Gehirnverletzungen, Zur Kasuistik der	101
Schädelsarkom, Ueber einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von	730
Schädeltrepanation wegen Kopfschmerzen	98
Scharlach, Die Erfolge der Serumbehandlung des, an der Universitätskinderklinik in Wien	497
Scharlachinfektion, Beitrag zur Kenntnis der	499
Scharlach-Streptokokkenserum, Moser's	274
Scheiden-Dammrisse, Zur Behandlung der kompletten	615
Schlaf und allgemeine Anesthesie mittels des elektrischen Stromes	180
Schleimbeuteln, Ueber die von, ausgehenden Neubildungen	417
Schleimkolik, Ueber die, des Darmes und ihre Behandlung	207
Schnupfens, Eine alte diätetische Behandlung des akuten	63
Schrauben-Mundsperrerr	552
Schutzschleier, Ein, am Reflektor für Halsoperationen	691
Schwangerschaft, Der Zirkulationsapparat in der	239
Schwangerschaft, Wie weit können wir durch spezielle Ernährung während der, zur Erleichterung der Geburt beitragen	236
Schwangerschaftserbrechen, Unstillbares, und Ovarialcyste	288
Schwitzens, Ueber den Einfluß des, auf die Blutzusammensetzung	472
Schwitzprozeduren, Blutbefund bei	29
Seborrhöe, Formol gegen	508
Seborrhöe, Zur Behandlung der	744
Sehnenscheidenhygrom, tuberkulöses, der Hand	679
Selbstregulierung, Durch rechtzeitige Extraktion	380
Sexuelle Funktionsstörungen beim Manne, Therapie der	669
Silbertherapie, Ueber den Wert der Credeschen, für die Behandlung von Augenkrankheiten	300
Sitzbäder, Die	93
Sklerodermie, Zur Pathologie und Therapie der, im Kindesalter	121
Sklerose, uterine, und die wahre Metritis	733
Skopolaminlösung, 3%ige zur Pupillenerweiterung	439
Skopolamin-Morphinnarkose, Ueber die Schneiderlin'sche	35
Skrofulösen Hautaffektionen, Ueber die Beziehungen zwischen Mästung und Soor, Die Behandlung des, und der Stomakake	441
Spasmus, vasomotorischen, Behandlung des, bei der Raynaud'schen Krankheit mit Tourniquet	368
Speiserohrenverengung, Ueber chirurgische Intervention bei	371
Spina ventosa, Behandlung der, mittels freier Autoplastik	282
Spondylitischen Lähmungen, Ueber die Entstehung und Behandlung der	149
Steißlagen, Ueber die Anwendung der Kopfzange bei	280
Stenokardie, Therapie und Pathogenese der, und verwandter Zustände	617
	21

	Seite
Stickstoff-Stoffwechsel, Ueber den, bei einem an Adipositas nimia leidenden Kinde	59
Stomatitis, Ueber die Aetiologie und Prophylaxe der mercuriellen, und Proktitis	51
Streptokokken, Sind in der Mundhöhle der mit Ammenmilch ernährten Säuglinge, vorhanden?	119
Strychnin und Persodin	217
Strychnins, Ueber die heilende Wirkung des, bei Polyurie und Diabetes insipidus	602
Styptol	210
Subarachnoidale Cocainisation in der Geburtshilfe und Gynäkologie	43
Subcutin	445
Subphrenischen Abszesse, Ueber die, mit Bericht über 60 operierte Fälle	610
Suggestion, hypnotische, Ueber die Behandlung der funktionellen Störungen des Stuhlganges durch	723
Sykosisbehandlung, Zur, mittels Skarifikation und Antiseptica	114
Synechia pericardii, Ein mit Talma'scher Operation behandelter Fall von	477
Syphilis, Die Vererbung der	175
Syphilis, Ueber die Bedeutung der, in der Pathogenese der Tabes	430
Syphilis, Zur vererbten Immunität gegen	629
Syphilitischer Mütter, Ueber den Einfluß der Behandlung, auf das Schicksal des Fötus	238
Tabes , Die Hydrotherapie der	409
Tabes, Zur Behauptung der Quecksilberätiologie der	310
Tabes, Zu einer Prophylaxe der, und Paralyse	53
Tabeskranken, Ueber die Mercurialbehandlung der	363
Talma'schen Operation, Beitrag zur	228
Tetanus, Behandlung des, mit Gehirnemulsionen	186
Theocin 63, 381,	508
Theocin (Theophyllin) als Diureticum	25
Theocin, Bemerkungen über die Wirkung des	252
Theocindiurese, Versuche über die, am gesunden Menschen	723
Therapeutische Kleinigkeiten	76
Therapie, Neue Tendenzen	756
Therapie, Oculistische	754
Thermotherapie	540
Thoraxresektion, Ueber, Empyemfisteln und ihre Endresultate	38
Thoraxresektion bei veralteten und tuberkulösen Totalempyemen	731
Thymushypertrophie und Thymustod	59
Thyreoidea, Ueber die Unschädlichkeit der Verfütterung großer Mengen von, an Kindern	313
Tonsillotomie, Zur Blutstillung nach	162
Trachom und Cuprocitrol	299
Trachombehandlung, Die Geschichte der	695
Tränenzyste, Ueber einen Fall von doppelseitiger, geheilt durch Resektion der unteren Muschel	436
Tuberkulin, Diagnostische Erfahrungen mit, an Lungenkranken	338
Tuberkulose, Ueber, der Harnblase und Prostata	56
Tuberkulose, Die Heilstättenbehandlung der	727
Typhus abdominalis, Anwendung von gereinigten Schwefelblumen bei der Behandlung des	27
Uebernähung , Die, gangränverdächtiger und gangränöser Schnürfurchen am Darm	416
Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen, Dauerheilung nach	226
Ulcera cruris, Zur Behandlung der	359
Ulcus molle, Impfungen an Affen mit dem Erreger des	563
Ulcus molle, Zur Therapie des	364

	Seite
Ulcus ventriculi, Ueber Dauererfolge der internen Therapie des	277
Ulnaris, Nervus, Luxation des	611
Unguentum paraffini, Ueber subkutane Injektionen von	237
Unterschenkelgeschwürs, Die ambulante Behandlung des	359
Unterschenkelstümpfe, Zur Kasuistik der tragfähigen	543
Urethraldrüsen, Ein Fall von Hypersekretion der	565
Urethritis non gonorrhoeica, Ein Fall von primärer	564
Urosanolbehandlung, Ueber die, der Gonorrhöe	740
Uterusgonorrhöe, Ueber die Behandlung der, bei Prostituierten	562
Uterusblutungen, H₂ O₂ bei	732
Vaccine-Studien, Neuere	303
Vaginalatresie, Die erworbene, vom geburtshilflichen Standpunkt aus	419
Vaginofixation, Ueber	737
Varicen, Ueber die Behandlung der, der unteren Extremitäten durch Ausschälung nach Madelung	452
Vaselininjektionen, Ueber kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit	38
Vena femoralis, Die Folgen der Unterbindung der	415
Verdaulichkeit der Speisen, Die Erhöhung der, durch Zerkleinerung und Kochen	124
Veronal	254
Veronal, ein neues Schlafmittel	385
Veronal, Erfahrungen über	278
Verschließung von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Metallplatten	545
Vollmilch, Ueber Säuglingsernährung mit	630
Wärmeapplikation, Theoretisches und Praktisches über lokale	342
Wärmeapplikation, Ueber lokale	30
*Wasserbehandlung, Die, der Epilepsie	705
Wasserdampfes, Die Anwendung des, in der Gynäkologie	31
Wasserhaushaltes, Ueber die diätetische Beeinflussung des, bei der Behandlung Herzkranker	464
Weisheitszahnnes, Der sogenannte erschwerte Durchbruch des	500
Wendung, Aeußere, bei Steißlagen gegen Ende der Schwangerschaft	681
Yohimbin als Augenanästhetikum	439
Yohimbin, Anästhesierende Wirkung des	444
Zahnheilkunde, Die Indikationsstellung in der	571
Zellenloser Behandlung, Versuch mit, und hydrotherapeutischen Maßnahmen	92
Zirkumzision, Die, in der Prophylaxis der Syphilis	308
Zurückhaltung von Eihäuten bei normaler Geburt	378
Zwerchfellhernie, Traumatische	614

Autoren-Register. *)

	Seite		Seite
Abel	549	Blumenthal u. Burghart	601
Adamkiewicz	102	Boas	407
Adrian	417	Bock	299
Aldor	83, 406	Bockhart	51
Alexander	691	Bodländer	564, 565
Allard	634	Bokay	250
Allbutt	411	Bokelmann	236
Alsberg u. Heimann	52	Bondi	751
Alter	92	Böng	57
Amberger	101, 543	Bononi	239
Anders	178	Boß	118
Andrews	56	Bossy	238
Anema	316	Bottey	220
Arning	116	Bottignani	636
Asselbergs	430	Bouchard	755
Aubourg	182	Boureau	148, 546
Audry	57	Braatz	552
Aufrecht	43, 187	Braun W.	226
Babinsky	623	Brayl	241
Baermann	743	Brehm	612
Baginsky	568, 569	Brettenstein	308
Ballance	506	Breuer	21
Bärlocher	729	Brindean	419
Barnsby	615	Bruck	471
Baroch	495	Brunn v.	225
Barochef	167	Budin	44
Barsons	45	Bufalini	217
Beck	185, 430	Bull	755
Beckmann	437	Bumcke	128
Benaris	230	Bürger u. Mandl	422
Benjamin	616	Burghardt u. Blumenthal	601
Bennett	503	Busura	288
Berg	104	Butz	483
Berger	223	Buxbaum	669
Bettencontre	312	*Buxbaum	132, 203
Bettmann	101	Bylsma	46
Bial	87	Cackovic v.	285
Bierbaum	108	Caillé	123
Bierhoff	548	Campana	301
Biernacki	540	Campione	240
Bishop	102	Carle-Lyen	54
Blauel	677	Carrion u. Hallion	188
Bleuer	147	Casper	103
Bloch	623	Cautru	606
Blokusewski	311	Cederentz	56
Blondel	762	Chaddock	508
Blos	35	Chaldecott	551

*) Die mit * bezeichneten Autoren sind Verfasser von Originalartikeln.

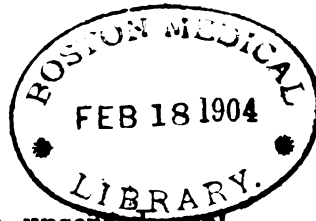
	Seite		Seite
Chassevant u. Gilbert	181	Feibes	115
Cheaple	632	Feilohenfeld	502, 225
Clemens	477	Findlay	307
Clemm	317	Fisch	637
Coelho	737	Fischer E.	512
Cohn	53, 310, 442	Fischer	436
Comba	60	Fischer u. Mering	254
Commandeur	485	Fitschen	630
Courtade	691	Fittig und v. Mikulicz	281
Crämer	640	Floren	251
Crampe	416	Fordyce	54
Crécé	222	Fornet	55, 407
Crésantignes	180	Fournier	41
Czarnecki	617	Fraenckel	292
Czerny	281, 441, 477	Fränkel F.	152
D agron	542	Frank	749
D'Aquanno	292	Franke	287
Damianos	284	Friedländer	430
Danilow	220	Friedjung	499
Danlos	756	Frey	295
Dapper und v. Noorden	207	Fuchs	603
Darier	114, 854	Fumey	484
Dauban	168	Funk	305
Degrais	112	Fürst	184
Delius	723	Fürth	62
Demelin	420	G alliard	755
Deschamps	29	Gallois u. Springer	312
Deucher	139	Garbini	292
Deutsch	576	Garnier	635
Dévé	148	Geißler	736
Dirner	422	Gilbert u. Chassevant	181
Dobisch	164	Gilchrist	685
Doktor	234	Glaser	318
Donath	289	Goldberg	165
Dore u. Morris	430	Goldzieher	47
Dreher	314	Gradwohl	307
Dreser	723	Graupner	165
Dreuw	301, 428	Gregor	313
Dsirne	425	Groß	30
Dufour	758	Grosz	688
Dukelsky	186	Grünbaum	218
Dumont	114	Grüneisen	610
Dunbar	211	Guensburg	244
Dürssen	734	Guépin	620
E bstein	121	Guinard	182
Eckstein	617	Guttmann	553
Edgren	598	Gunson	488
Eddowes	427	H aab	47
Elsner	125	Habs	479
Elter	278	Hacker	690
*Engelskjön	386, 463, 713	Hägler	739
Erklentz	90	Halberstädter	415
Escher	227	Hallion u. Carrion	188
Escherich	497	Hallopeau	170
Espada	116	Hammer	727
F anelli	243	Hanszel	293
Farland Mc.	307	Harmer	434

	Seite		Seite
Haug	294	Kerley	122
Hawly u. Taussig	43	*Kisch	137, 193
Hecht	251	Kirnberger	664
Hecker	28	KlauBner	224
Heermann	162	Klots	245
Heiligenthal	726	Knoepfelmacher	631
Heimann u. Alsberg	52	Kobrak	312, 565
Heller	408	Koch	749
Hellesen	59	Kohn	56
Henle	735	Kollbrunner	62
Hepner	150	Kossmann	105
Herrmann	50	Kozlenko	31
Herz	725	Kozlowski	313
Herzberg	119	*Kraus	13
Heschelin	436	Krebs	748
Hilbert	438	Kraus F.	464
Hildebrand	228	Krogius	730
Hinsberg u. Roos	702	Krebs und Majer	29
Hirsch	682, 763	Kromayer	489
Hirsch u. Silbermark	284	Krone	317
Hirschloff	88	Krüger	426, 621
Hofbauer	401	Kühn	124
Hochsinger	628	Kuhu	163
Hoffmann	55	Kumpf	273
Hofmann	33, 413, 680	Kuttner	290
Hofmeister	151, 231	Küttner	36, 151
Holitscher	596	L anderer	39
Hölscher	223	Landow	689
Honsell	224	Lange	59
*Horovitz	76	Langemak	230
Huchard	761	Lanz	137
Hyde	685	Lapeyre	288
Ishigami	305	Laquerrière	605
Ienardi	545	Lazarus	607
Israel	545	Ledermann	243
Jacoby	107	Leduc	180
Jacquet	759	Lehmann	124
Jahrmärker	704	Lenjierre	758
Jamieson	489	Lengemann	546
Joire	33, 33	Leredde	505
Jolles	697	Lesser	247, 309, 722
Jordan	138, 243, 728	Leviseur	111
Josef	301	Lewin	117
Joseph	435	Lewinsohn	234
Juliusberg	433	Loewy u. Müller	414
Jung	155	Longard	613
K alabin	157	Louste u. Rénon	179
Kaloyeropulos	418	Liepelt	539
Karlinski	274	Lilienfeld	417
Karplus	141, 599	Lindner	282
Kapammer	747	Lucas-Champonnière	620
Kassel	164	Lucae	297, 624
Katz	510	M ajer u. Krebs	29
Kayensky	475	Mandl u. Bürger	422
Kehr	478	Mangiagalli	41
Kellog	474	Mangoldt v.	279
Kennedy	173	Marcus	492
Keraval	30	Marcuse	491

	Seite		Seite
Marenz	117	Pfeifer	288, 484
Mariani	158	Pichler	547
Martin	486, 508	Pick W.	169
Mastowski	738	Piffard	489
Mathieu	504	Pineles	508
Matzenauer	175	Piqué	159
Mauclairé	738	Platon	732
Melzi	550	Pokielow	30
Menzel	692	Poulet	757
Menzer	535	Poktelow	147
Merckel	681	Pollak J.	392
Mering v.	609	Pollak u. Neisser	96
Mering u. Fischer	254	Pollio	246
Merk	306	Polyák	289
Mermann	171	Porak	619
Meyer	687	Pospischill	274
Meyer P.	300	Pryor	42
Moebius	137	Pugh	50, 430
Möller	185	Pusek	430
Momburg	611	Queirel	549
Montpomery	685	Raecke	703
Morris u. Dore	430	Ranzi	286
Mosetig-Moorhof	476	Ravant	182
Moszkowicz	237	Ravasin	118
Moskowicz	403	Reinach	698
Michalski	229	Reiner M.	194
Mikúlicz v. und Fittig	281	Rénon u. Louste	179
Minkowski	25	Reisinger	153
*Mintz	577	Remete	432
Mühsau	414	Richelot	733
Müller	568, 608, 621, 627	Richmond	636
Munter	409	Richter	291, 487
Nagane	416	Riegner	614
Nagel W.	605, 618	Riehl	238
Nance	754	Ringel	731
Neisser u. Pollak	96	Ritsert	445
Nešpor	145	Ritford	685
Neuberger	54	Roeser	150
Neumann	540	Rogalski	762
Nicolai	248, 693	Roos u. Hinsberg	702
Nicolich	424	Rosenfeld	278
Nitlis	758	Rosmack	306
*Nobl	449	Rothschild	276
Noorden v.	85, 254	Roosing	109, 480
Noorden v. und Dapper	207	Ruppel	46
*Offer	385, 513	Rzetkowski v.	472
Onodi	692	Sabouraud	745
Orlow	227	Sack	427
Oswald	59	*Sadger	706
Parádi	562	Salomon	753
Pauli	138	Salmon	170
Payr	96, 226	Salomon	431
Pelizaenus	721	Salomonsohn	439
Pelzl	665	Salvant	608
Perondi	421	Sauvez	61
Perret	763	Scatchard	488
Perrier	147	Schäfer	573

	Seite		Seite
Schäffer	287	Thomas	181
Scharff	740	Thomson	31
Schild	307	Thomson u. Watson	428
Schlagintweit	481	Tillmanns	280
Schlesinger E.	187	Timann	149
Schlesinger H.	252	Tomaczewski	563
Schmid S.	235	Treupel	215
Schmidt	491	Tridondani	232
Schnitzler	544	Trinkler	699
Schödel	615	Trumpp	690
Schoen	704	Trzeficky	420
Schönrath	283	Tschlenoff	93
Scholtz	695	Tschlenow	629
Schott	678	Turner	502
Schröder	567	U llmann	570
Schrötter	573	Ullmann K.	119
Schulz	277	Unna	556
Schulz	667	W atson	625
Schuhmann-Leclercq	467	Vanbel	48
Schütz	244	Veis	51
Scipiades	298	Verhoogen	107
Seé	219	Verotti	428
Seifer	512	Völcker	40
Seligmann	142	Vörner	627
Sellei	742	Vohrizek	445
Senn	315, 754	Vossius	694
Senz	278	Vulpus	280
Sheldon	685	W agemann	159
Siegel	98	Walker	488
Sihle	213	Wasiliewski v.	304
Silbermark & Hirsch	284	Wassermann	38
Singer	269	Wassermann A.	26, 120
Söhngen	482	Watson	428
Spencer	681	Watson u. Thomson	423
Spiegel	163	Weiser	501, 572
Spieß	293	Wernitz	143
Springer & Gallois	312	Westphalen	146
Spurr	306	Widal	758
Steindorff	555	Wiesinger	664
Stelwagon	685	Williger	500
Stapp	311	Winternitz	496
Sternberg	63	Wittgenstein	91
*Sternberg J.	129	Wolff	253, 491
Stewart	306	Wolters	171
Sticker	233	Wood	475
Stockmann	106, 166	Woroschilsky	27
Strauß	666	Wróblewsky	49
Strebel	31, 494	Z appert	624
Suzuki	677	Ziegenspeck	736
Swoboda	252	Ziegler	619
Székely v.	499	Zimmern	92
Szabó	547	Zitowitsch	186
T aussig u. Hawly	43	Zoega v. Manteuffel	99
Taylor	54	Zöppritz	679
Teich	572	*Zweig	2, 66
Thienger	152	Zwillinger	696
Thienn	113, 493		

7737



An unsere Leser!

Mit vorliegender Nummer beginnt der 21. Jahrgang des „Centralblattes für die gesamte Therapie“. Der bedauerliche Rücktritt seines Begründers, Herrn Prof. Dr. M. Heitlers, von der Leitung des Blattes bringt wohl die Redaktion in neue Hände, soll sie jedoch nicht aus den mustergiltigen Bahnen lenken, in welchen sie bisher geführt wurde. Das durch zwanzig Jahre konsequent festgehaltene Ziel, gerade dem ausübenden Arzte über die Fortschritte der Therapie treuen Bericht zu erstatten, wird das ernste Streben auch der neuen Leitung sein.

Der ungeheure Stoff der gesamten Therapie kann wohl nur in Referaten bewältigt werden, und es ist Aufgabe der Redaktion, den referierenden Teil des Blattes so zu gestalten, daß alle Erfahrungen und Neuerungen auf therapeutischem Gebiete möglichst bald zur Besprechung gelangen. Es soll also jede einzelne Nummer des Centralblattes gleichsam ein mosaikartiges Bild aller jüngsten Bestrebungen und Beobachtungen sein. Die dadurch notwendig entstehende Zerstreuung des Stoffes soll durch Sammelreferate, welche die Gesamtliteratur des In- und Auslandes über ein therapeutisches Verfahren oder die Behandlung einer Erkrankung umfassen, wenigstens in den wichtigsten Fragen teilweise paralytisch werden. Insbesondere wird das Centralblatt den jetzt im Vordergrund stehenden physikalischen und diätetischen Heilmethoden eingehende Würdigung zuteil werden lassen.

In Originalartikeln werden erfahrene Kliniker ihre Ansichten und Beobachtungen über neuere therapeutische Fragen niederlegen, um so nicht nur weiteres Material zu deren Beantwortung beizutragen, sondern auch dem praktischen Arzte erweiterte Anhaltspunkte zu eigener Urteilsbildung an die Hand zu geben. Da die streng wissenschaftliche Richtung der modernen Therapie sich über den Empirismus früherer Zeiten hinaufgeschwungen hat und erst auf pathogenetischen und pharmakodynamischen Erkenntnissen fußend zur klinischen Prüfung

eines Heilverfahrens schreitet, erscheint es notwendig, auch den neuesten Erweiterungen unseres Wissens über allgemeine und spezielle Pathogenese und Pharmakologie, soweit sie mit der Therapie in Verbindung stehen, im Centralblatte Raum zu geben. Der Leser soll auch hierin durch Darstellungen des Gegenstandes von berufener Seite die Basis seines therapeutischen Denkens und Handelns verbreitern können.

Die Redaktion hält es auch für ihre Pflicht, alle neuen Medikamente und Präparate in Evidenz zu halten, über ihre Zusammensetzung, Eigenschaften, Dosierungen, Anwendungsweise zu berichten, ebenso von allen Verbesserungen in Form der Darreichung oder Applikationsweise, über Neuerungen der Krankenpflege Mitteilung zu machen. Zahlreiche Rezeptformeln, von Meistern unserer Kunst erprobt, wenn möglich in systematischer Zusammenstellung, werden gewiß jedem Leser erwünscht sein.

Die Redaktion hofft durch genaue Festhaltung dieses Arbeitsplanes, die große Aufgabe, den Fortschritten der gesamten Therapie zu folgen, in zweckdienlicher Weise erfüllen zu können.

Wien, im Jänner 1903.

Dr. Emil Schwarz

Privatdozent für innere Medizin
an der k. k. Universität in Wien.

(Aus dem Kaiser Franz Josef-Ambulatorium [Abteilung Dr. Gassner].)

Zur Pathogenese und Therapie der nervösen Dyspepsie.

Von **Dr. Walter Zweig**

Spezialarzt für Magen- und Darmkrankheiten in Wien.

Seitdem **Leube** im Jahre 1879 den Krankheitsbegriff der nervösen Dyspepsie in die Nosologie eingeführt hat, haben sich zahlreiche Autoren mit der näheren Erforschung dieses vielgestaltigen Krankheitsbildes beschäftigt, das von **Leube** vorgezeichnete Feld emsig bepflegt und reichliche Früchte geerntet. So kommt es, daß dort, wo **Leube** mit scharfem Blick distinkte Krankheitstypen vorahnte, heute mit Hilfe der Funktionsprüfung des Magens tatsächlich scharf umschriebene Krankheitsbilder entstanden sind, welche sich unter dem Hauptbegriff der nervösen Dyspepsie subsumieren lassen.

Nach der Definition **Leube's** verstehen wir unter nervöser

Dyspepsie alle diejenigen Erkrankungen des Magens, bei welchen die Störungen sich wesentlich auf den Nervenapparat des Magens beschränken, d. h. Erkrankungen, die sich speziell auf Funktionsstörungen des Magens beziehen, und bei denen in anatomischer Hinsicht nichts aufzufinden ist, was der Annahme einer ausschließlichen Erkrankung des Nervensystems widerspricht. Nach dem heutigen Stande der Lehre müssen wir jedoch diese Begriffsbestimmung der nervösen Dyspepsie als zu enge gefaßt erklären, da es zweifellos auch Fälle gibt, wo sich auf dem Boden einer anatomischen Veränderung des Magens Neurosen erst entwickeln, anderseits ursprünglich reine Neurosen des Magens späterhin zu organischen Veränderungen führen. In beiden Fällen spielt aber die eigentliche Neurose gewissermaßen die führende Rolle und beherrscht das ganze Krankheitsbild, so daß es mitunter sehr schwierig werden kann, die Neurose von der organischen Magen-erkrankung differentialdiagnostisch zu trennen.

Als Beispiel einer Neurose auf Grundlage organischer Veränderungen führe ich jene nicht zu seltenen Fälle von nervöser Dyspepsie an, welche im Anschluß an eine chronische Gastritis oder an ein Ulcus ventriculi rotundum entstehen. Besonders nach dem Ablauf eines Ulcus ventriculi entwickeln sich solche Neurosen, welche sowohl dem diagnostischen, als auch dem therapeutischen Spürsinn des Klinikers große Schwierigkeiten bereiten können. Eine besondere Form dieser postulcerösen Neurosen stellt die Sitophobie dar, welche ich in einigen Fällen beobachtet habe. Es handelt sich um Personen, welche nach dem glücklichen Ueberstehen eines Ulcus von einer derartigen Eßfurcht befallen werden, daß sie ihre Nahrungszufuhr auf ein Minimum beschränken, dadurch in ihrer Ernährung stark herunterkommen und infolge dessen wie in einem sich schließenden Kreise immer nervöser werden. Nur einer energischen psychischen Behandlung gelingt es dann, die Kranken von ihrer Angstneurose zu befreien.

Aber auch der umgekehrte Fall ist möglich. Es können sich im Gefolge einer Neurose organische Veränderungen etablieren, welche dann oft nicht mehr erkennen lassen, wo das Anfangsglied der Kette pathologischer Veränderungen zu suchen ist. Es kommt zum Beispiel im weiteren Verlaufe von rein nervösen Pylorospasmen zu wirklichen Ektasien des Magens mit allen Kriterien einer organischen Pylorusstenose. Die

häufigen krampfhaften Kontraktionen am Pylorus führen nämlich zu einer Retention von Speisen, welche schließlich eine reelle Erweiterung des Magens zur Folge hat.

Aus den eben angeführten Beispielen können wir ersehen, daß die Unterscheidung einer reinen Neurose von einer organischen Magenerkrankung häufig großen Schwierigkeiten begegnet und wir aus dem Nachweis einer organischen Veränderung keineswegs berechtigt sind, eine Neurose auszuschließen. Die Begriffsbestimmung *Leubers* müssen wir daher für zu enge erklären und als *nervöse Dyspepsie* jene Krankheitsformen bezeichnen, bei welchen eine Funktionsanomalie des Magens auf Grund einer Erkrankung des den Magen versorgenden Nervenapparates nachweisbar ist. Diese Erkrankung des intestinalen Nervensystems kann einen depressiven oder einen erethischen Charakter besitzen, d. h. es kann sich um eine Herabsetzung oder um eine abnorme Steigerung einer oder mehrerer Funktionen des Magens handeln. Dabei ist es auffallend, daß die nervösen Funktionsstörungen sich nur in den seltensten Fällen mit der Beeinträchtigung einer einzelnen Funktion begnügen. Im Gegenteil, es kommt meist zur Entwicklung mehrerer Funktionsanomalien, welche keineswegs immer den gleichen Charakter zeigen müssen. Es gelangen vielmehr die verschiedenartigsten Kombinationen von Funktionsstörungen zur Beobachtung, welche das proteusartige Wechseln der klinischen Krankheitssymptome zu erklären vermögen. So verbindet sich beispielsweise eine typische Depressionsneurose, wie die *Atonie*, mit einer Steigerung der Sekretionsleistung, einer *Hyperacidität*. Oder der Typus der depressiven Sekretionsneurose, die *Achylia gastrica*, d. i. der totale Mangel jedes Magensekretes, verbindet sich mit einer Steigerung der motorischen Funktion, einer *Hypermotilität*. Derart treten die mannigfaltigsten Kombinationen von Funktionsstörungen bei der nervösen Dyspepsie auf, welche mit ein Charakteristikum dieser Erkrankung darstellen. Allerdings sind wir häufig nicht imstande, mit Hilfe unserer bisherigen Untersuchungsmethoden jene Funktionsstörungen mit ihren zahlreichen Details aufzuklären, und erst nach Anwendung des Sahli'schen Probefrühstückes ist es mir gelungen, sie in fast allen Fällen von nervöser Dyspepsie zahlenmäßig nachzuweisen. Wie ich an anderer Stelle auseinandergesetzt habe, fanden sich unter 33 Fällen von nervöser Dys-

pepsie, welche ich mittels des Sahli'schen Verfahrens untersucht habe,

Anacidität	11mal
Hypacidität	10 „
Hyperacidität	7 „
Hypersekretion	12 „
Hyposekretion	14 „
Atonie	9 „

Das Sahli'sche Verfahren hat sich mir zur Bestimmung der Acidität aus Gründen nicht bewährt, deren Erörterung hier zu weit führen würde. Dagegen mache ich auf den höchst auffälligen Befund aufmerksam, daß unter 21 Fällen von Vermehrung des Mageninhaltes eine Stunde nach Darreichung des Probefrühstückes bloß in neun Fällen dieses Verhalten durch eine motorische Insuffizienz (Atonie) bedingt war, während in zwölf Fällen eine nervöse Hypersekretion bestand. Nach diesem Befunde muß ich behaupten, daß die Atonie keineswegs die häufigste Begleiterin der nervösen Dyspepsie darstellt. In keinem einzigen Falle dagegen wurde ein vollkommen normales Verhalten aller Magenfunktionen gefunden.

Wir müssen daher an dem Satz der meisten Autoren, daß sich bei der nervösen Dyspepsie sowohl die Sekretion, als auch die Motilität meistens völlig normal verhält, eine Korrektur anbringen und behaupten, daß entsprechend dem wechselvollen klinischen Krankheitsbild auch bei der Untersuchung der Magenfunktionen stets mehr oder weniger hochgradige Veränderungen gefunden werden, welche allerdings unseren bisher gebräuchlichen Untersuchungsmethoden meist entgehen und bloß durch das Sahli'sche Verfahren aufgeklärt werden.

Besonders wichtig für die Diagnose der nervösen Dyspepsie ist der nicht unbeträchtliche Wechsel der Mageninhaltsbefunde. Wo wir heute Hyperacidität finden, kann nach einigen Wochen Hypacidität gefunden werden, ein heute anacider Mageninhalt besitzt morgen vielleicht völlig normale Aciditätswerte. Diesem häufigen und raschen Wechsel der Magenfunktionsstörungen entsprechen auch meist die veränderlichen Bilder der klinischen Krankheitssymptome. Boas weist besonders darauf hin, daß infolge dessen schon die Anamnese derartiger Patienten sehr charakteristisch zu sein pflege. Die Kranken geben meist an, daß sie sich tage- ja wochenlang völlig gesund fühlen, alles, selbst Schwerver-

dauliches, essen können, bis dann plötzlich wieder ein „Anfall“ des alten Magenleidens aufgetreten sei. Für diese häufigen „Recidive“ haben die Kranken stets ein ursächliches Moment in Form einer schlecht zubereiteten Speise oder einer zu reichlichen Mahlzeit bei der Hand und behaupten, sie hätten sich dadurch wieder einen „Magenkatarrh“ zugezogen, der sie nun zwingt, strengste Diät zu halten. Sie vermeiden nun ängstlich alle schlackenreichen Substanzen; Butter, Zucker, Eier etc. werden strenge aus dem Diätzettel verbannt und schließlich langen die armen Kranken bei einer Suppendiät an, bei welcher ihr Körpergewicht sich immer mehr verringert, während die subjektiven Beschwerden zunehmen. Nur ein zielbewußtes, diätetisches Verfahren ist dann imstande, die Patienten zu überzeugen, daß nicht ein recidivierender Magenkatarrh, sondern eine bizarre Magen-neurose Ursache der sogenannten „Anfälle“ darstellt.

Häufig wird nicht ein Diätfehler beschuldigt, sondern Aufregungen, Kränkungen, Sorge, kurz, psychische Ursachen für die Verschlechterung des Magenübels verantwortlich gemacht. Es ist kein Zweifel, daß derartige „psychische Dyspepsien“ (Eichhorst) tatsächlich vorkommen. Die Patienten machen dann gewöhnlich die stereotype Angabe, sie „spürten jede Aufregung sofort im Magen“.

Wir kommen nun zu der auch für die Therapie höchst wichtigen Frage der Aetiologie und der pathogenetischen Stellung der nervösen Dyspepsie. Wenn auch die auslösenden Kräfte für das Zustandekommen einer Magen-neurose ungemün verschiedenartig sind, so müssen wir doch als letzten Grund jeder Magen-neurose eine angeborene Disposition des Organismus zu intestinalen Neurosen annehmen. Besonders die verdienstvollen Arbeiten Stillers haben sich mit dieser Frage der Magen-neurosen beschäftigt, und wir müssen Stiller vollkommen recht geben, daß eine angeborene Schwäche des Nerven-Muskelapparates, die sogenannte *Myasthenia universalis congenita*, den Boden abgibt für die Entstehung einer intestinalen Neurose, zu deren endgiltigen Auslösung häufig ganz geringfügige Ursachen genügen. Pathologisch-anatomisch ist diese angeborene Anlage zu Störungen des digestiven Nervensystems charakterisiert durch eine allgemeine Schwäche des Muskel- und Knochenapparates, durch enteroptotische Verlagerung der

Eingeweide und durch mehr oder weniger hochgradige Ernährungsstörungen. Natürlich sind alle diese Veränderungen bloß cum grano salis zu nehmen, es gibt zweifellos Ausnahmen von diesen Befunden, doch stellen diese Ausnahmen gegen das Gros aller Fälle eine verschwindend kleine Minorität dar. So beobachtet man gewiß auch nervöse Dyspepsien bei Leuten mit kräftiger Muskulatur und wohlentwickeltem Panniculus adiposus, ohne Spur von Enteroptose — doch sind derartige Fälle so selten, daß sie in der pathogenetischen Auffassung der nervösen Dyspepsie keine Aenderung herbeizuführen imstande sind.

Was den Zusammenhang der nervösen Dyspepsie und der Enteroptose betrifft, so sind folgende Tatsachen die Frucht der jüngsten Forschung. Die Enteroptose stellt eine Lageanomalie der Eingeweide dar, welche wahrscheinlich noch viel häufiger vorkommt, als sie klinisch diagnostiziert wird. Ihre Bedeutung als Krankheit sui generis im Sinne Glénards ist außerordentlich gering, und die Versuche, die Enteroptose als entité morbide hinzustellen, wie es besonders die französische Schule getan hat, sind sämtlich als gescheitert anzusehen. Allerdings kann eine Senkung des Colon transversum zur Verlangsamung des Stuhlganges, eine Senkung der Niere zu Abknickung des Urethers und konsekutiver Hydronephrose führen, doch alle diese mechanischen Folgen der Verlagerung der Eingeweide berechtigen uns noch nicht, ein in sich geschlossenes Krankheitsbild der Enteroptose zu konstruieren. Wir müssen diesen Fällen stets jene überragend große Anzahl von Personen mit Enteroptose entgegenhalten, welche absolut keine Krankheitserscheinungen darbieten und bei welchen man gewöhnlich nur zufällig die Lageanomalie der Eingeweide konstatiert.

Trotzdem läßt sich ein gewisser Zusammenhang der Enteroptose zur nervösen Dyspepsie nicht leugnen, nur ist derselbe so zu verstehen, daß sich auf dem Boden einer Enteroptose sehr häufig eine intestinale Neurose zu etablieren pflegt. Die ptotischen Eingeweide stellen das Punctum minoris resistentiae dar zur Etablierung von Neurosen, deren Entwicklung durch eine angeborene Schwäche des digestiven Nervensystems vorbereitet wird. Dabei finden wir, daß nicht bloß die nervöse Dyspepsie des Magens eine derart bevorzugte Stellung im Bilde der Enteroptose darstellt, sondern ebenso häufig finden wir Neurosen des Darmes der verschiedensten Art auf dem

Boden einer Enteroptose sich entwickeln. Ob wir dabei die Auffassung annehmen, daß die Enteroptose ein angeborener Zustand ist oder durch mechanische Schädlichkeiten hervorgerufen wird, ist eigentlich irrelevant, sobald wir bloß das Verhältnis der nervösen Dyspepsie zur Enteroptose im Auge haben. Die nähere Erörterung dieser Frage würde uns viel zu weit von dem eigentlichen Gegenstand unserer Besprechung ablenken.

Nach dieser Auffassung des inneren Zusammenhanges von nervöser Dyspepsie und Enteroptose müssen wir aber die Bemühungen vieler Autoren, differentialdiagnostische Momente zwischen beiden Zuständen zu erspähen, als mißlungen bezeichnen. Wenn wir diese Bemühungen näher prüfen, so gewahren wir alsbald, daß die Symptomatologie der beiden Zustände fast völlig identisch ist. In dem ausgezeichneten Lehrbuch von *B o a s* finden wir beispielsweise folgende Beschreibung der subjektiven Beschwerden bei *G a s t r o p t o s e*: „Die Verdauungsbeschwerden, soweit sie den Magen betreffen, bestehen bei Enteroptose in Druck, Völle und wechselndem Appetit und charakterisieren sich anderen gegenüber durch ihr irreguläres, paroxysmales, bald von dem Digestionsakt und der Qualität der Ingesta abhängiges, bald unabhängiges Verhalten. Neben Druck und Kardialgien kommen auch sonstige abnorme Sensationen in der Magengegend vor, z. B. Gefühl von Hitze und Brennen, Aufstoßen, Sodbrennen, Hochkommen von Speisen, selbst Erbrechen wird zuweilen angegeben, ist aber nicht für alle Fälle typisch. Durch körperliche und geistige Schonung, Bettruhe, Vermeidung psychischer Erregungen werden die Magendarmbeschwerden verringert.“ Jeder aufmerksame Beobachter wird diese geradezu klassische Beschreibung wortwörtlich auf die *n e r v ö s e D y s p e p s i e* übertragen können, was uns nach den vorangegangenen Auseinandersetzungen nicht wundern kann. Die obige Beschreibung der Verdauungsbeschwerden ist eben nicht für die Enteroptose charakteristisch, sondern bloß für die sie begleitende nervöse Dyspepsie. Fehlt in dem Bilde der Enteroptose die launische Sünderin: nervöse Dyspepsie, dann fehlen auch alle, oben so typisch geschilderten Krankheitssymptome.

Wir müssen also nochmals wiederholen: Die eigentliche Krankheit ist die nervöse Dyspepsie, während die Enteroptose als bloße Begleiterscheinung aufzufassen ist und den Boden darstellt, auf dem es zur Entwicklung der intestinalen Neurose kommt. Immer wieder müssen wir aber eine angeborene Disposition des

digestiven Nervenapparates voraussetzen, da wir ohne diese grundsätzliche Voraussetzung nicht imstande sind, die tieferen Gründe zur Entwicklung der Erkrankung zu erfassen.

Was nun die einzelnen Formen der Funktionsstörungen bei der nervösen Dyspepsie betrifft, so treten dieselben in buntester Abwechslung auf; es ist keineswegs richtig, wenn Stiller behauptet, die Enteroptose gehe ausnahmslos mit Atonie einher, und Atonie, nervöse Dyspepsie und Enteroptose seien vollkommen gleichwertige Erscheinungen. Zu dieser Anschauung kommt Stiller allerdings nur dadurch, daß er das Plätschergeräusch am Magen mit der Atonie identifiziert und dasselbe von einer mangelhaften Kontraktion der Magenmuskulatur um den Inhalt des Magens herleitet. Er nennt die Kontraktion des Magens um seinen Inhalt Peristole und behauptet, daß eine mangelhafte Peristole das Charakteristikum der Atonie sei. Wenn auch die Austreibungskraft des Magens, i. e. die Peristaltik leidet, dann bestehe als zweites Stadium *motorische Insuffizienz*. Ich glaube, daß wir auf Grund unserer gegenwärtigen klinischen Untersuchungsmethoden durch nichts berechtigt sind, diese willkürliche Trennung von Atonie und motorischer Insuffizienz zu vollziehen. Bei unseren gegenwärtigen Methoden müssen wir die Atonie als jenen Zustand des Magens betrachten, bei welchem es infolge Herabsetzung des Tonus der Magenmuskulatur zu einer Herabsetzung der Expulsionskraft kommt. Die damit verbundene verlangsamte Austreibung des Mageninhaltes sind wir imstande, nachzuweisen, indem wir eine Stunde nach Darreichung eines Probefrühstückes eine abnorm große Inhaltmenge im Magen vorfinden. Wir schließen dann darauf zurück, daß diese Vermehrung des Mageninhaltes durch eine Herabsetzung des Tonus der Magenmuskulatur zustande gekommen ist. Allerdings müssen wir dabei bedenken, daß diese Vermehrung des Mageninhaltes auch durch eine Hypersekretion zustande kommen kann, ohne daß die motorische Tätigkeit des Magens im geringsten gestört zu sein braucht. Durch meine Untersuchungen mittels der Sahli'schen Methode habe ich, wie schon oben erwähnt wurde, eine große Anzahl von Fällen als rein nervöse Hypersekretion bezeichnen können, bei denen vorher auf Grund der vermehrten Mageninhaltmenge die Diagnose auf motorische Insuffizienz, i. e. Atonie gestellt worden war.

Was nun die Bedeutung des *Plätschergeräusches* betrifft, so möchte ich meine Erfahrungen in folgender Weise prä-

zisieren: Das Plätschergeräusch ist ein außerordentlich wertvolles Symptom zur raschen Orientierung bei der Diagnose der Gastropse. Absolut unbrauchbar ist dasselbe jedoch zur Diagnose einer Atonie. Die Gründe für mein ablehnendes Verhalten sind folgende: Wir finden erstens das lauteste Plätschergeräusch bei sehr geringen Inhaltsmengen des Magens, wie dies von Elsner zahlenmäßig bewiesen wurde. Wenn wir schon bei 50 cm³ Inhalt lautes Plätschern am Magen erzeugen können, dann dürfen wir das Plätschern nicht als ein Symptom für eine abnorm große Inhaltsmenge des Magens in Anspruch nehmen. Diese abnorme Vermehrung des Mageninhaltes ist aber das unbedingte Corollar der Atonie in unserem Sinne.

Andererseits braucht diese abnorme Mageninhaltsmenge keineswegs immer eine Atonie zu bedeuten, sondern sie findet sich sehr häufig bei nervöser Hypersekretion, daher werden wir auch bei dieser Erkrankung lautes Plätschern vorfinden, ohne daß die motorische Kraft des Magens gelitten hätte.

Und endlich gibt es eine große Anzahl von Frauen mit lautem Plätschergeräusch am Magen, welche in ihrem ganzen Leben stets vollkommen magengesund gewesen sind. Es wäre gewiß mehr als willkürlich, solchen Frauen nur auf Grund ihres Plätschergeräusches eine Magenatonie einreden zu wollen.

Ueber die Bedeutung der *Costa fluctuans decima*, d. i. der lockeren oder ganz fehlenden Verbindung des Endes der zehnten Rippe mit dem Rippenbogen, habe ich mich bereits an anderer Stelle auf Grund eines großen, sorgfältig bearbeiteten Materiales geäußert. Ich fand, daß bei einer weitaus überwiegenden Zahl von nervöser Dyspepsie tatsächlich eine *Costa fluctuans* vorhanden ist. Da man aber auch in Fällen, bei denen niemals nervöse Magenstörungen vorhanden waren, eine *Costa fluctuans* findet — in meiner Untersuchungsreihe war dies in 34% aller untersuchten Fälle der Fall — so sind wir nicht berechtigt, nach dem Vorschlage Stillers in der freien zehnten Rippe ein Stigma zu erblicken, welches für nervöse Dyspepsie charakteristisch ist. Ich habe in den letzten Jahren an einem sehr großen Material diese Frage weiter verfolgt und konnte den Eindruck einer stigmatischen Bedeutung der *Costa fluctuans* nicht gewinnen. Ich glaube vielmehr, daß das Verhältnis der zehnten freien Rippe zur nervösen Dyspepsie ein ähnliches ist, wie dasjenige der Enteroptose zur nervösen Dyspepsie. Beide, die Enteroptose und die *Costa fluctuans*, sind sehr häufige

Befunde bei der nervösen Dyspepsie, sie sind aber keine stigmatischen Begleiterscheinungen dieser Krankheit. Man kann ganz sichere Fälle von nervöser Dyspepsie finden, welche keine Spur von Enteroptose besitzen, und ebenso sicher kommen Fälle von nervöser Dyspepsie vor, bei denen keine *Costa fluctuans* konstatierbar ist.

So verdienstvoll und aufklärend daher die Forschungen *Stillers* in der pathogenetischen Ergründung der nervösen Dyspepsie genannt werden müssen, so können wir nach dem heutigen Stande der Lehre seine Ausführungen bezüglich der Atonie, des Plätschergeräusches und der *Costa fluctuans decima* nicht für einwandfrei halten.

Was die Frage der *Heredität* der nervösen Dyspepsie betrifft, so kann man zwar anamnestisch sehr häufig die Beobachtung machen, daß manche Familien besonders zu intestinalen Neurosen disponieren, doch finden sich sehr häufig Fälle, bei welchen eine hereditäre Belastung mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Nichtsdestoweniger werden wir bei der Diagnosestellung auf ein eventuelles familiäres Auftreten der Magen neurosen Rücksicht nehmen. Sehr häufig findet man die anamnestische Angabe mancher Patienten, daß ihre Mutter an Migräne, an allgemeiner Neurasthenie oder Hysterie gelitten habe. Es ist dann nicht unwahrscheinlich, daß diese Frauen mit ihrem defekten Nervensystem ihren Kindern eine gewisse Labilität des intestinalen Nervenapparates als Erbe hinterlassen haben.

Wenn wir die *auslösenden Kräfte* betrachten, welche gewissermaßen zur völligen Ausreifung der nervösen Dyspepsie führen, so müssen wir sagen, daß ihre Zahl Legion ist. Es gibt kaum ein Organ des menschlichen Körpers, von dem aus nicht reflektorisch das gesamte Krankheitsbild der nervösen Dyspepsie ausgelöst werden könnte. Wir müssen uns aber stets daran erinnern, daß nur in dem Falle reflektorisch eine Magen neurose entstehen kann, wenn der Organismus über ein schon angeboren labiles digestives Nervensystem verfügt, bei welchem schon der geringste abnorme Reizzustand genügt, um das Gleichgewicht seiner Funktion zu stören. So sind es häufig psychische Erregungen und Gemütsbewegungen, welche zur Entwicklung der nervösen Dyspepsie führen. Wir können dann die Beobachtung machen, daß bloß zur erstmaligen Auslösung der Neurose ein stärkerer Reiz notwendig ist. Wenn einmal der digestive Nervenapparat aus seinem Gleichgewicht gebracht ist, dann genügt späterhin schon ein ganz unbedeutender Anlaß, um

abermals schwere nervöse Störungen zum Vorschein zu bringen. Von den Erkrankungen des Zentralnervensystems ist es vor allem die *Tabes dorsalis*, welche zu einer Reflexneurose in Form der *Crisis gastriques* führt. Wenn wir als notwendige Voraussetzung der Entwicklung einer Magen-neurose die angeborene Schwäche des intestinalen Nervenapparates ansehen, so wird es uns auch verständlich, warum in dem einen Fall schon in den Anfangsstadien der *Tabes* eine Beteiligung des Magens auftritt, während in anderen Fällen dieselbe während der ganzen Krankheitsdauer der *Tabes* nicht zum Ausdruck gelangt.

Weiters sehen wir Magen-neurosen auftreten bei Erkrankungen der Leber, des Darmes, der Nieren, der Sexualorgane und last not least der Nase. Daß die Nase als „Universalreflexpunkt“ auch für die Entstehung einer Magen-neurose verantwortlich gemacht wird, kann bei der gegenwärtigen Richtung, die Nase für alle möglichen Krankheitserscheinungen zu beschuldigen, nicht wundernehmen. F l i e ß in Berlin hat sogar ein eng umschriebenes Territorium, nämlich das vordere Drittel der linken unteren Nasenmuschel, als Ausgangspunkt der Magen-neurosen erklärt und will in mehreren Fällen durch Aetzung dieser Stelle mit Trichloressigsäure eine auffallende Besserung der Magenbeschwerden konstatiert haben. Infolge des sprunghaften und launenvollen Wesens der nervösen Dyspepsie werden wohl gerade bei therapeutischen Bestrebungen Selbsttäuschungen des Arztes nur sehr schwer vermeidbar sein. Vor allem wird aber bei eventuellen Nachprüfungen der Fließ'schen Befunde die Forderung erhoben werden müssen, daß die Fälle auch von dem internen Kliniker genau untersucht und lange Zeit hindurch beobachtet werden.

Unzweifelhaft ist der Zusammenhang von Magen-neurosen mit den Erkrankungen der Sexualorgane. Es handelt sich dabei um zentripetale, von den Genitalorganen ausgehende Reize, welche, wahrscheinlich in sympathischen Bahnen verlaufend, auf reflektorischen Wege die Magen-neurose auslösen. Mit der Beseitigung der sexuellen Ursache — ich erwähne außer wirklich organischen Erkrankungen der Sexualorgane noch die häufig verderblichen sexuellen Perversitäten, wie Masturbation, *Coitus interruptus* etc. — sehen wir häufig die Magen-neurose sich auffallend bessern. Wir haben uns dann den Vorgang der Heilung der Neurose in der Weise vorzustellen, daß nach Wegfall der *Materia peccans* unsere sonstigen, auf die Neurose gerichteten therapeutischen Bemühungen

von Erfolg gekrönt werden, während vorher durch den stets von neuem wieder wirkenden sexuellen Reiz die Therapie völlig ohnmächtig bleiben mußte. Besonders erwähnenwert ist, daß die bei Kindern nicht selten auftretenden Magen-neurosen fast ausschließlich onanistischen Reizungen ihre Entstehung verdanken.

(Schluß folgt.)

Ueber Empfindlichkeit der Organe und Gewebe für Bakterien und Toxine.

(Vorlesung.)

Von **Dozent Dr. R. Kraus.**

Eine Empfindlichkeit der Gewebe und Organe, wie sie für anorganische und organische Substanzen giftiger Natur gekannt ist, besteht auch für Mikroorganismen und deren Toxine. — Die Mikroorganismen als solche sind es nicht, die den eigentlichen Mechanismus der Infektionskrankheit ausmachen, sondern deren Gifte. Die Stoffwechselprodukte der Mikroorganismen, die frei gewordenen endogenen Gifte oder die im Organismus durch Ab- oder Aufbau entstandenen giftigen Produkte, sind Ursachen der bakteriellen Erkrankung.

Wenn wir auch bei einer ganzen Reihe von Infektionskrankheiten die spezifischen Gifte nicht nachzuweisen imstande sind, so gilt es doch als ausgemacht, daß die Mikroorganismen nur das **a u s l ö s e n d e M o m e n t** der Krankheit sind.

Die Einteilung der Infektionskrankheiten in Bakteriämien, wie es die Staphylo-, Strepto-, Pneumomykosen u. a. sind, und in Toxämien, wie die Diphtherie, Tetanus, Rauschbrand, Botulismus, trägt diesen Tatsachen Rechnung.

Die bakteriellen Gifte können in der verschiedensten Weise den Gesamtorganismus, seine Organe und Gewebe schädigen.

Wenn wir von den allgemeinen Wirkungen bakterieller Gifte absehen und nur solche Gifte in den Rahmen unserer Besprechung einbeziehen, die bestimmte Gewebe und Organe angreifen, so wissen wir, daß es Gifte gibt, die im Zentralnervensystem ihren Angriffspunkt haben, solche die Herz, Blut, die Leber, Nieren, Nebennieren schädigen.

Das Tetanusgift löst beispielsweise bei empfindlichen Tierarten vom Zentralnervensystem den Tetanus aus; das Diphtherietoxin ist ein Herzgift, das Botulismusgift greift gewisse Nervenzentren an. Die Staphylokokken produzieren Gifte, die Leukocidine, welche Leukocyten schädigen. Bestimmte Bakteriengifte (Tetanolysin, Staphylolysin etc.) wirken wieder auf rote Blutkörperchen hämolytisch ein. Die positive und negative Chemotaxis ist auf bestimmte Bakteriengifte zurückzuführen.

In ganz besonderer Weise illustrieren die in jüngster Zeit studierten Cytotoxine diese spezifische Empfindlichkeit der Organe und Gewebe. Durch Behandlung der Tiere mit bestimmten Organzellen einer bestimmten Tierart gewinnt man Sera, welche Zellen in eigener Weise zu schädigen imstande sind. Die Immunhämolysine lösen rote Blutkörperchen auf, die Spermotoxine agglutinieren Spermatozoen, die Leukotoxine schädigen Leukocyten, die Nephro-, Hepatotoxine sollen anatomische und funktionelle Veränderungen in der Leber und der Niere setzen. Diese Empfindlichkeit der Gewebe geht soweit, daß bei Verwendung hochwertiger Sera in entsprechenden Verdünnungen nur diejenigen Zellenarten auf die Gifte reagieren, mit denen das Cytotoxin erzeugt wurde. Die Leukotoxine, gewonnen mit Milzzellen einer bestimmten Tierart, greifen nur die Lymphzellen der Milz dieser Tierart an und keine anderen Zellen. Die Blutkörperchen des Hammels werden nur von dem entsprechend verdünnten Immunhämolysin aufgelöst. Die Blutkörperchen des Hundes werden vom Immunhämagglutinin in ganz spezifischer Weise agglutiniert.

Diese spezifische Empfindlichkeit der Zellarten den Cytotoxinen gegenüber, bildet den Ausgangspunkt für eine neue Richtung in der Pathologie.

Neben der Empfindlichkeit der gesunden Gewebe und Organe für Bakteriengifte und Zellgifte, kennen wir noch eine spezifische Empfindlichkeit kranker Gewebe für Bakteriengifte.

Das gesunde Meerschweinchen, der gesunde Mensch, ist für das Tuberkulin wenig empfindlich. Die tuberkulösen Meerschweinchen, tuberkulöse Menschen reagieren bereits auf Millionstel eines wirksamen Tuberkulins in ganz prägnanter Weise.

Von der Empfindlichkeit gewisser Organe bestimmten Giften gegenüber könnte man sich auch durch eine besondere Methode der Applikation des Giftes überzeugen.

Bringt man beispielsweise bei Kaninchen, die für Morphinum bei subkutaner Einverleibung unempfindlich sind, minimale Mengen Morphinum subdural ins Gehirn, so treten sofort die schwersten Vergiftungserscheinungen auf.

Dasselbe gilt auch für die Galle, die subkutan oder vom Gefäße aus nicht besonders giftig ist, vom Gehirn aus in den minimalsten Mengen schwere Erscheinungen auslöst.

Durch subdurale Einbringung minimaler Mengen von Tetanustoxin kommt bei Kaninchen der sogenannte cerebrale Tetanus zustande. Diese Giftmengen sind jedoch nicht imstande, nach subkutaner Injektion Tetanusercheinungen hervorzurufen.

Wie bereits eingangs erwähnt wurde, finden wir für die Tatsache der Empfindlichkeit der Gewebe und Organe für bestimmte Bakterien und Zellgifte Analogien in der Physiologie und Pathologie. Ein bloßer Hinweis auf die Bildung des Glykogens aus Zucker in der Leber und in den Muskeln, auf die Bildung des Harnstoffes und Harnsäure in der Leber, die Synthese der Hippursäure aus Glykokoll und Benzoesäure in der Niere, lehrt, daß gewissen Organen die Fähigkeit zukommt, bestimmte Stoffe in sich aufzunehmen und sie in zweckdienliche Substanzen umzuwandeln.

Auch aus der Toxikologie ließen sich zahlreiche Beispiele dafür anführen, daß für anorganische und organische Substanzen eine Empfindlichkeit der Organe besteht. Neben lokal und allgemein wirkenden Giften gibt es solche, die die Funktion und den Bau bestimmter Organe verändern können. Gewisse Gifte schädigen das periphere Nervensystem, die motorischen oder sensiblen Nerven und deren Endapparate. Wir kennen Gefäßgifte, Herzgifte, Drüsengifte, Gifte, die Blutkörperchen zerstören, das Hämoglobin verändern etc.

Gewisse Gifte, wie Vinylamin, Aloë, Cantharidin u. a. erzeugen Veränderungen in der Leber, in den Nierengefäßen, Nierenpapillen.

Die bestimmte Wirkung gewisser Gifte einerseits, und andererseits die bestimmte Empfindlichkeit gewisser Organe den Giften gegenüber zu erklären, wurde vielfach versucht.

Nach den Untersuchungen von Blake besteht ein Zusammenhang zwischen der molekularen Konstitution der anorganischen Substanzen und ihrer Wirkung.

Bei den organischen Körpern ist die physiologische Wirkung ebenfalls an die chemische Konstitution geknüpft. Änderungen

der Konstitution ändern auch die Wirksamkeit der Körper in bestimmter Weise. Durch Anlagerung bestimmter chemischer Gruppen gelingt es, die Körper unwirksam oder anders wirksam zu machen. So ändert die Paarung der Phenole, des Morphiums mit Schwefelsäure deren Wirksamkeit.

Warum diese Körper in der bestimmten Weise auf bestimmte Organe und Gewebe wirken, läßt sich aus der Konstitution nicht erschließen. Wir können aus der Kenntnis der Konstitution einer Substanz deren Wirksamkeit ableiten, nicht aber die Ursache der Wirkung erklären.

Mit Zuhilfenahme einer Hypothese aus der Farbenchemie ließen sich die spezifischen Wirkungen dieser Substanzen unserem Verständnisse näher bringen. Auch die Tatsache, daß mit der Aenderung der an den wirksamen Kern angelagerten Gruppen sich die Wirksamkeit der Substanz ändert, dürfte durch die zu besprechende Hypothese eine zweckentsprechende Erklärung finden.

Aus der Farbchemie wissen wir, daß bestimmten Farbstoffen die Fähigkeit zukommt, ganz bestimmte Gewebe und Gewebsbestandteile zu färben. Ein und derselbe Farbstoff, wie das Azoblau, färbt Frotschleukoeyten rot, Bindegewebe violett. Ein Gemisch von Methylenblau, Eosin, Neutralrot färbt bestimmte Elemente rot, andere blau. Für diese Spezifität der Wirkung hat Ehrlich, da die physikalische Selektionstheorie nicht ausgereicht hat, eine chemische Theorie eingesetzt. Die Anilinfarbstoffe sind aus dem Chromophor und den daran hängenden Seitenketten, den Auxochromen, konstituiert. Soll nun ein Gewebe einen bestimmten Farbstoff aufnehmen, muß in demselben eine bestimmte Gruppe, die haptophore Gruppe, enthalten sein, in die die haptophore Gruppe des Farbstoffes eingreifen kann. Sind keine haptophoren Gruppen im Gewebe vorhanden, so bleibt die Färbung aus.

In ganz ähnlicher Weise versucht man die spezifische Wirkung der organischen Gifte zu erklären. Man nimmt an, daß gewisse endständige Gruppen im Molekül in chemische Beziehung zu den Zellsubstanzen treten, von diesen festgehalten werden. Wird der Charakter der Substanz durch Anlagerung neuer Seitenketten geändert, so wird die Substanz von der betreffenden Gruppe der Zellsubstanz nicht mehr verankert werden können und kann daher nicht zur Wirkung gelangen, wenn auch die eigentlich wirkende Gruppe völlig intakt geblieben ist.

Auch zum Verständnis der Empfindlichkeit der Gewebe und Organe für Bakteriengifte, Cytotoxine, müssen wir die Seitenkettentheorie von Ehrlich heranziehen.

Diese Gifte, nimmt Ehrlich an, können nur dann sich mit den Geweben verbinden, wenn die haptophoren Gruppen der Gifte, mit den gleichsinnigen Gruppen (Receptoren), den Seitenketten des Protoplasmas, sich verbinden. Nach Ehrlich ist die funktionierende Zelle, sowie die organischen Farbstoffe, aus einem Kern, dem Leistungskern und den daran gruppierten Seitenketten zusammengesetzt. Diese Seitenketten sind das bindende Element der Zelle.

Durch die Versuche von Wassermann über Bindung des Tetanustoxines durch Gehirnschubstanz und durch die Bindungsversuche von Ehrlich und Morgenroth über Hämolyse, hat die Theorie eine wesentliche Förderung erfahren.

Wassermann konnte zeigen, daß, wenn man Gehirn von normalen Meerschweinchen und Kaninchen verreibt und mit bestimmten Mengen von Tetanustoxin zusammenbringt, das Toxin unwirksam gemacht wird. Derselbe Versuch mit dem Brei von anderen Organen (Meerschweinchen) ergab, daß das Tetanustoxin nicht entgiftet wurde.

Ransom hat die tödtliche Dosis Tetanustoxin Tauben injiziert. Nachdem die Tauben an Tetanus zugrunde gegangen waren, wurden die Organe und das Gehirn auf Toxin geprüft. Ueberall fand man Tetanustoxin, nur im Gehirn nicht. Das Gehirn gesunder Tauben hat, wie eben Ransom zeigen konnte, tetanustoxinbindende Eigenschaften.

Aehnliche Versuche, wie sie Wassermann und Ransom für das Tetanustoxin angestellt hatten, wurden auch mit Strychnin gemacht. Diese Versuche ergaben jedoch, daß das Strychnin nicht von der Gehirnmasse gebunden wird. Auch die Versuche über Immunhämolyse von Ehrlich und Morgenroth sprechen dafür, daß die Wirkung der Cytotoxine durch eine Bindung an die haptophoren Gruppen der Zellen erfolgt. Die empfindlichen Blutkörperchen verankern den Immun- oder Zwischenkörper (Amboceptor), der erst nachdem er sich mit dem wirksamen Addiment oder Komplement verbindet, Hämolyse hervorruft.

Die Empfindlichkeit der Gewebe und Organe für die bakteriellen Gifte, Cytotoxine u. a. ist gleichzeitig die Vorbedingung für die Entgiftung der Gifte und Bildung von Gegengiften. Oder anders nach Behring ausgedrückt, dieselbe Substanz im lebenden

Körper, welche, in der Zelle gelegen, Voraussetzung und Bedingung einer Vergiftung ist, ist die Ursache der Heilung, wenn sie sich in der Blutflüssigkeit befindet. Ehrlich nimmt nämlich weiter in seiner Seitenkettentheorie an, daß durch die Verankerung der Seitenketten ein Defekt oder vielleicht ein Reiz gesetzt wird, der die Ursache von Neu- und Ueberproduktion der entsprechenden Seitenketten ist, die, in die Blutbahn ausgestoßen, das Antitoxin ausmachen. Die Antitoxine sind demnach nach Ehrlich neu-produzierte freie Seitenketten gewisser Zellen.

Durch die Arbeiten von Pfeiffer, Marx, Wassermann dürfte auch dieser Teil der Seitenkettentheorie Ehrlichs fundiert sein.

Nach Ehrlich ist der Mechanismus der Giftwirkung der anorganischen und organischen Gifte ein wesentlich anderer, als der der assimilationsfähigen Gifte. Die ersteren werden im Organismus nach gekannten chemischen Prozessen entgiftet, ohne daß hierbei Gegensubstanzen gebildet werden. Die Bakteriengifte, gewisse tierische und pflanzliche Gifte werden im Organismus entgiftet, wobei es zur Bildung spezifischer Gegensubstanzen (Antitoxin, Antikörper, Agglutinine etc.) kommt.

Neben der Empfindlichkeit der Gewebe für Bakteriengifte besteht eine solche auch für die Bakterien selbst.

Wir wissen, daß bei bestimmten Infektionskrankheiten die Erreger ganz bestimmte Infektionspforten vorziehen und sich in gewissen Geweben und Organen mit Vorliebe lokalisieren. So kennen wir beispielsweise Infektionskrankheiten, deren Erreger sich in der Haut, in der Mundhöhle, in den Lungen, im Darmtrakt, im Blut primär ansiedeln.

Der Diphtheriebazillus lokalisiert sich zumeist in der Mundhöhle, an den Tonsillen. Der Typhus, die Cholera, Dysenterie, Pellagra, Fleisch- und Fischvergiftungen etc. werden gewöhnlich vom Darmkanal aufgelöst. Febris recurrens, die Malaria der Menschen und Vögel, das Texasfieber u. a. sind Infektionskrankheiten, deren Erreger im Blut ihren Angriffspunkt finden.

Bei gewissen Infektionskrankheiten finden wir die Erreger an der Infektionsstelle lokalisiert, ohne daß sie für gewöhnlich sonstwo im Blute oder in den Organen nachweisbar wären. Die Diphtheriebazillen, den Tetanusbazillus, finden wir nur lokal im Belag, in den Croupmembranen oder an der Infektionsstelle. Im Blute oder in den Sekreten sind in vivo weder Diphtherie-, noch Tetanusbazillen gefunden worden.

Bei anderen Infektionskrankheiten gelangen die Mikroorganismen von der Infektionspforte aus in den Organismus und vermehren sich daselbst. Die lokale Tuberkulose führt zur miliaren Tuberkulose, der Pestbubo wird zur Pestseptikämie, der Milzbrandkarbunkel führt zur Milzbrandseptikämie, der Typhusbazillus bleibt nicht auf den Darm und seinen Lymphapparat beschränkt, sondern geht ins Blut über und ist im Blut, in den Roseolen, im Harn, nachweisbar. Die Phlegmone, das Erysipel, die Angina, ein Panaritium, können zu Septikämien führen.

Die Gonokokken, welche für gewöhnlich lokalisiert sind, können zur Allgemeininfektion führen.

Wir sehen weiters, daß diejenigen Mikroorganismen, welche gerne Allgemeininfektionen setzen, sekundär dann gerne in Organen metastasieren. Die Metastasen bei Staphylo- und Streptokokkeninfektionen in den Nieren, die Meningitiden bei Pneumokokkeninfektionen, die Endokarditis bei Strepto- und Gonokokkämien, die Strumitis bei Coliinfektionen, die Osteomyelitis bei Staphylokokkeninfektionen, beim Typhus, bei der Variola, die Orchitis bei der Gonorrhöe, bei der Variola, die Gonitis bei der Gonorrhöe, die Cholecystitis beim Typhus etc. sprechen auch in dem Sinne, daß gewisse Organe und Sekrete für das Gedeihen gewisser Mikroorganismen einen günstigen Boden abgeben.

Bei der Propagation von der Infektionsstelle aus ziehen die einen Mikroorganismen die Blut-, die anderen die Lymphbahn als Vehikel vor.

In der Lyssa lernen wir eine Infektionskrankheit kennen, welche, zum Unterschied von den bisher besprochenen Erregern, sich höchstwahrscheinlich bloß auf dem Wege der Nerven fortpflanzt. Das Virus kommt auf dem Wege der Nerven ins Zentralnervensystem, vermehrt sich daselbst und wandert auf dem Wege der Nerven wahrscheinlich in die peripheren Organe (Speicheldrüsen). Das Virus ist im Sekret der Submaxillaris, im Pankreas nachweisbar. Mikroorganismen, wie Staphylokokken, Pyocyaneus, Prodigiosus u. a. werden durch diese Drüsen nicht ausgeschieden. Das Virus ist im Gegensatz zu Bakterien bisher weder in der Galle, noch im Harn nachgewiesen worden.

Wenn wir die in groben Umrissen skizzierten Verhältnisse zusammenfassend betrachten, so sehen wir, daß gewisse Mikroorganismen an der Infektionspforte lokalisiert bleiben, aber nicht in die Blutbahn gelangen. Andere Mikroorganismen führen

gerne zu Allgemeininfektionen, nachdem sie einen primären Affekt an der Infektionsstelle erzeugt haben. Unter diesen Mikroorganismen gibt es wieder solche, die nicht nur Septikämien hervorrufen, sondern häufig zu Pyoseptikämien führen. Gewisse Mikroorganismen erzeugen keinen primären Affekt an der Infektionsstelle, sondern führen direkt zur Allgemeininfektion, zur Bakteriämie.

Die verschiedenen Mikroorganismen zeigen nach alledem in Bezug auf ihre Lokalisation in Organen, Vermehrungsfähigkeit in den Geweben, ein verschiedenes Verhalten.

Diese Tatsachen unserem Verständnis näher zu rücken und nach einer Erklärung zu suchen, ist bereits vielfach versucht worden. Warum gewisse Mikroorganismen sich in der Haut, andere in den Tonsillen, andere wieder im Zentralnervensystem, in den Blutkörperchen gerne lokalisieren und gut gedeihen, entzieht sich vorderhand unserem Verständnisse.

Die Ansiedelung der Mikroorganismen in bestimmten Geweben und Organen hängt wahrscheinlich nicht bloß von der Empfindlichkeit der Gewebe, sondern auch von der Empfindlichkeit der Bakterien ab. Die Lokalisation und Vermehrung der Bakterien im Gewebe hängt mit den biologischen Eigenschaften derselben zusammen, ist wahrscheinlich an eine Reihe wichtiger Faktoren, wie z. B. das Sauerstoffbedürfnis, Alkali- und Säureempfindlichkeit geknüpft.

Daß es jedoch auf alle diese angeführten Momente allein nicht ankommt, um die Ansiedelung der Mikroorganismen in Geweben und Organen zu fördern oder zu hemmen, dafür sprechen eine ganze Reihe experimentell erhobener Tatsachen.

Die Osteomyelitis wird, wie klinische und experimentelle Erfahrungen lehren, durch Traumen begünstigt. Die Osteomyelitis postinfectiosa tritt oft jahrelang nach Ueberstehen des Typhus plötzlich nach einem Trauma auf. Nach Entkapselung einer Niere, wodurch die Niere ennerviert wird, entstehen leichter Abszesse beim infizierten Tiere, als in der gesunden Niere. Untersuchungen namentlich französischer Autoren lassen deutlich erkennen, daß durch die Ennervation eines Gelenkes dasselbe leichter infizierbar sei. Die experimentelle Endokarditis läßt sich leicht erzeugen, wenn die Klappen lädiert werden. Experimentelle Cystitiden bei Tieren können durch Stauungen nach Infektion der Blase erzeugt werden.

Und so ließen sich eine Reihe weiterer Beispiele anführen, welche dafür sprechen, daß zur Ansiedelung der Mikroorganismen in Geweben und Organen noch ein unbekanntes X gehört, welches wir unter dem Namen Disposition zusammenfassen.

Eine Unempfindlichkeit des Organismus und der Organe, wie sie für Gifte besteht, ist auch für Bakterien bekannt (natürliche Immunität).

Mit der Empfindlichkeit des Organismus der Gewebe und Organe für Bakterien geht gewöhnlich Hand in Hand auch die für Gifte.

In seltenen Fällen jedoch finden wir eine Inkongruenz, indem der Organismus i. e. Gewebe für Gifte unempfindlich sind, für Mikroorganismen insoferne empfindlich, als sich diese, ohne eine Infektion zu erzeugen, gut vermehren. Die weißen Mäuse sind beispielsweise für das Diphtherietoxin unempfindlich. Die Diphtheriebazillen vermehren sich nach der subkutanen Injektion sogar viel besser, als im giftempfindlichen Meerschweinchen.

Das Lyssavirus vermehrt sich im Zentralnervensystem der unempfindlichen Tauben ebenso wie in dem der empfänglichen Kaninchen. Die Kaninchen erkranken an Lyssa, wogegen die Tauben gesund bleiben. Wie Sie ersehen, hat die Vermehrung des Virus und der Bakterien im Organismus und dessen Geweben Krankheit nicht immer zur Folge. Nur wenn Rezeptoren für die Gifte der Mikroorganismen vorhanden sind, wird Krankheit entstehen.

REFERATE.

Interne Medizin.

Zur Therapie und Pathogenese der Stenokardie und verwandter Zustände. Von Dr. Robert Breuer. (Aus der Klinik Hofrat Nothnagel in Wien.)

Bis vor wenigen Jahren zählte die Traube-Parry'sche Theorie des Anginaanfalles als einer plötzlichen Herzschwäche die meisten Anhänger, wird jedoch jetzt immer mehr zu Gunsten der von Potain, besonders aber von Huchard vertretenen Lehren, welche den echten stenokardischen Anfall als eine Konsequenz einer plötzlich einsetzenden Ischämie des Herzens auffassen, verlassen. Die echte Stenokardie wird zum Charcot'schen intermit-

tierenden Hinken in Parallele gestellt. Sowie bei diesem bei Arteriosklerose der Arterien der Unterextremität oft zu beobachtenden Symptomencomplex die Blutzufuhr durch die verengten Gefäße in der Ruhe ausreicht, bei der Muskelaktion jedoch für das größere benötigte Blutquantum versagt und durch relative Anämie, Funktionschwäche und Schmerz mit Krampfgefühl hervorruft, so sei es auch am Herzen, dessen Koronararterien erkrankt sind. Auch die echten Stenokardien treten nur bei Mehrleistung des Herzens auf. Die plötzliche relative Ischämie eines größeren Herzabschnittes ist das Primum des ganzen Vorganges, die Herzschwäche und der Schmerz sind als koordinierte Folgen der Blutleere des Organes anzusehen.

Die Mittel, welche heute meist gegen die Angina pectoris gebraucht werden, lassen sich in zwei Gruppen teilen. Die erste Gruppe umfaßt diejenigen Mittel, welche im Anfalle angewendet werden, also in erster Reihe Narkotika, vor allem das Morphinum. Das Morphinum darf im schweren stenokardischen Anfall nicht entbehrt werden. In den hier in Betracht kommenden Dosen von 0·01—0·02 ist es sicher kein Herzgift. Wenn Patienten im stenokardischen Anfall nach einer Morphinuminjektion sterben, so sterben sie an der Blutleere ihres Herzens, nicht am Morphinum, vielleicht sogar trotz des Morphinums. Daneben kommen rasch wirkende Nitrite, Amylnitrit, Nitroglyzerin und Herzstimulantien. Diese bekämpfen bloß die begleitende Herzschwäche, sind jedoch gegen den Schmerz, die Präkordialangst, gegen die Dauer des Anfalles wirkungslos. Die zweite Gruppe von Arzneimitteln soll neben den allgemeinen Vorschriften (Vermeidung körperlicher Anstrengungen, psychischer Erregungen, diätetische Maßnahmen) dazu dienen, die Anfälle zu verhüten. Hier werden gewöhnlich die langsamer wirkenden Nitrite, Natr. nitrosum, Erythroltetranitrit, Nitroglyzerin, ferner Jodalkalien verwendet. Vor mehreren Jahren hat Askanazy auf das Theobromin in Form des Duretins als Antianginosum aufmerksam gemacht, hat jedoch nur geringe Beachtung gefunden. Vf. hat die Wirkung dieses Mittels nachgeprüft und bestätigt auf Grund fünfjähriger Erfahrungen durchaus die Angaben Askanazys. Seine spezifisch antiasthmatische Wirkung zeigt es jedoch nur gegenüber den Anfällen von Asthma cardiale der Nephritiker und Arteriosklerotiker, seine eigentliche Domäne aber ist die Angina pectoris vera der Koronar- und Aortasklerose. Zur Kupierung des Anfalles ist es unverwendbar, da es zu

langsam resorbiert wird und zu spät wirkt, dagegen wirkt es prophylaktisch meist sicherer als die Nitrite, zum mindesten drückt es die Zahl und Heftigkeit der Anfälle bedeutend herab, oft aber beseitigt das Mittel die Anfälle vollkommen, „manchmal in beinahe wunderbarer Weise“. Es wirkt jedoch in der Regel nur so lange, als es genommen wird; nach dem Aussetzen stellen sich die Anfälle wieder ein. Nur ausnahmsweise wirkt es auf Tage, bis einige Wochen nach. Es wurde Diuretin (Theobromin. natr. acetic.), ferner Theobrominum natriobenzoicum, Uropherin (Theobr. lith. salicylic.), Agurin (Theobromin. natr. acetic.) und reines Theobromin versucht. Am häufigsten verwendete Vf. das Diuretin, welches auch die verlässlichsten Resultate gibt, in der Tagesdosis von 3·0—3·5 anfänglich, nach erzieltm Erfolge 2—2·5, in der gewöhnlichen Verordnung als Lösung oder Pulver. Sehr wesentlich ist es, die Tagesdosis gleichmäßig über 24 Stunden zu verteilen, da manche Kranke, wenn sie über Nacht ohne Medikament bleiben, nächtliche Anfälle erleiden.

Vf. berichtet dann über einzelne Fälle von Koronarangina, Aorteninsuffizienz, Arteriosklerose, Aortenaneurysmen, wo aus den beigegebenen Krankengeschichten das wie abgeschnittene Zessieren der schwersten Angina pectoris-Anfälle zu entnehmen ist. Besonders bemerkenswert ist ein Fall von Stenokardie nach Tabakabusus, in welchem das Diuretin sich ebenfalls vorzüglich bewährt hat. Dies spricht für die Ansicht Huchards, dass die Nikotinstenokardie nicht den übrigen Pseudostenokardien gleichzustellen sei, sondern durch einen Krampf der Kranzarterien infolge des Nikotins bedingt sei; sie wäre also eine funktionelle Koronarangina. Vf. hält es jedoch nicht für ausgeschlossen, daß auch anatomische Gefäßveränderungen leichten Grades im Sinne Erbs der Tabakangina zugrunde liegen.

Von besonderem Interesse sind dann diejenigen Fälle, in welchen eine Stenokardie in Form scheinbarer Magenkrämpfe oder Bauchschmerzen, entweder nach Gehen, Steigen, größeren Mahlzeiten oder nächtlich aufgetreten war und ebenfalls prompt durch Diuretin beseitigt wurde. Diese Fälle bilden den Uebergang zu zwei Beobachtungen, welche der Schnitzler'schen intermittierenden anämischen Dysperistaltik entsprechen, in welcher also heftige krampfartige kolikähnliche Schmerzen im Unterbauche bei Arteriosklerose oder Thrombose der Art. Mesaraica superior die

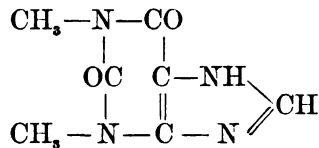
Darmperistaltik begleiten und ebenfalls in Analogie zum intermittierenden Hinken als relative Ischämie während der Muskeltätigkeit angesehen werden dürfen. Der prompter Erfolg des Diuretins bestätigt die Ansicht, daß es sich in solchen Fällen nicht um echte Darmkoliken, sondern um Schmerzen auf arterieller Basis handelt. Auch heftige, allen anderen Mitteln gegenüber refraktäre Kopfschmerzen bei Arteriosklerose weichen dem Diuretingebrauche.

Vf. resumiert nun die Pathogenese der arteriosklerotischen Schmerzen dahin, daß die Arteriosklerose einerseits zu konstanten Gefäßschmerzen (Nothnagel) mit Irradiation in die Haut oder andere Territorien des Körpers Veranlassung gebe. Die unmittelbare Ursache liegt manchmal in dem gesteigerten Blutdruck und der Spannung der kranken Gefäße, häufiger jedoch in Gefäßkrämpfen, wobei weniger die schweren alten Formen als frischere und leichtere endarteritische Veränderungen in Betracht kommen. Die Gefäßkrämpfe treten besonders gerne in den kleinen Gefäßen mit stark entwickelter Muscularis auf und sind ein pathologischer oder pathologisch gesteigerter Reflex, der durch alle den Blutdruck steigernden Faktoren (Muskelarbeit, Gemütsbewegungen, horizontale Lage) ausgelöst wird und besonders an den Gefäßen solcher Organe eintritt, die zu ihrer Funktion eines vermehrten arteriellen Zuflusses bedürfen (Muskulatur, Herz, Darm). Wird durch den Gefäßkrampf die arterielle Blutzufuhr stark vermindert, so treten ischämische Symptome auf, bei muskulären Organen als paretische Zustände (Extremitäten: intermittierendes Hinken; Magen-Darm: Paresen, Meteorismus; Herz: plötzliche Insuffizienz), als sensible Erscheinungen Krampfgefühle, Parästhesien, Präkordialangst. Besitzen die betroffenen Gefäße Endigungen schmerzvermittelnder Nerven, dann treten verschiedenste Parenchym- oder Organschmerzen in das Bild des Anfalles ein. Die Richtigkeit der pathogenetischen Theorie der Angina pectoris als plötzliche Ischämie beweist das Auftreten desselben Symptomenkomplexes, wenn bei gesunden Koronararterien ein, wenn auch kleiner Ast, durch Embolus oder Thrombus plötzlich verschlossen wird. Die Wirkung des Diuretins auf alle diese Zustände kann daher nur in einer bestimmten Wirkung auf die Gefäße gesucht werden, es scheint Vf., daß das Theobromin ein Gefäßmittel ist, welches, ähnlich wie die langsam wirkenden Nitrite, geeignet ist, die pathologisch ge-

steigerte Reflexerregbarkeit in den Gefäßen der Arteriosklerotiker herabzusetzen und so den Eintritt der Spasmen zu verhindern. Vielleicht wirkt es außerdem dadurch, daß es den durch weit verbreiterte Enge der kleinen Gefäße pathologisch gesteigerten Blutdruck etwas herabsetzt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 39—41, 1902.)

Ueber Theocin (Theophyllin) als Diureticum. Von Prof. Dr. O. Minkowski.

Unter den Methylsubstitutionsprodukten des Xanthins sind bis jetzt nur das Coffein und das Theobromin, letzteres namentlich in seinen Doppelsalzen Diuretin und Agurin als Diuretica, erprobt worden. Durch die Untersuchungen von A c h wurde die theoretische Voraussetzung, daß auch die anderen analogen Derivate ähnliche Wirkungen zeigen, nicht allein bestätigt, sondern das Ergebnis geliefert, daß von den drei isomeren Dimethylxanthinen das Theophyllin und Paraxanthin weitaus das Theobromin in dieser Hinsicht übertreffen. Das Theophyllin, welches früher nur aus dem Tee-Extrakte gewonnen werden konnte und sehr kostspielig war, wird jetzt nach einer von T r a u b e angegebenen Methode synthetisch dargestellt und gelangt als krystallisierter Körper unter dem Namen T h e o c i n in den Handel. Seine Konstitution ist ein 1:3 Dimethylxanthin:



Es ist leicht in Wasser löslich, von seinen Salzen ist das Ammoniaksalz das löslichste. M. stellte seine Versuche nur mit dem reinen Theocin an, welches, in Pulverform oder in warmen Tee gelöst, in Dosen von 0·3—0·5 gegeben wurde. Pharmakologisch ähnelt es in seiner Wirkung dem Coffein, doch fehlt ihm der Einfluß des letzteren auf den Herzschlag. Die diuretische Wirkung des Theocins besteht nach D r e s e r nicht nur in einer Vermehrung der Harnmenge, sondern auch in einer Steigerung der Zahl der in der Minute ausgeschiedenen Moleküle, insbesondere der Salze. Die praktische Erprobung des Präparates an 14 Fällen hat M. die besten Resultate gegeben. Die Fälle betrafen Hydrops bei Herz- und Nierenaffektionen, sowie Ascites bei Lebereirrhose. Nur zweimal wurde das Mittel nicht vertragen, es rief Erbrechen hervor. Die Harnmengen hoben sich innerhalb der ersten

24 Stunden des Theocingebrauches von 600—900 cm³ auf 5000—7000 cm³. 3000—5000 cm³ waren die durchschnittlichen Erfolge. Oedeme und Ascites schwanden auffallend rasch und vollständig. Pulsfrequenz und Blutdruck blieben unbeeinflusst. Von unangenehmen Nebenwirkungen wurden nur manchmal leichte Uebelkeit und Appetitlosigkeit beobachtet, nur zweimal erbrachen die Kranken. Sonst wurde das Theocin anstandslos vertragen. Die dem Theocin im Experimente zukommende erregende Wirkung wurde bei klinischem Gebrauch fast nie bemerkt, nur bei neuropathischen Individuen machte sie sich geltend, wo durch gleichzeitige Gabe von 1·0 Hedonal die Erscheinungen bedeutend gemildert wurden. Eine schädliche Reizwirkung auf die Nieren wurde nie bemerkt. Selbst bei akuter hämorrhagischer Nephritis wurde es von M. einmal erfolgreich verwendet, wo die Harnmenge von 1000 cm³ auf 2050 stieg, dagegen der Gehalt des Harnes an Eiweiß und morphotischen Bestandteilen bedeutend abnahm. M. empfiehlt daher das Theocin zu weiteren Versuchen. — (Ther. d. Gegenw., Nov. 1902.)

Ueber eine neue Art von Diphtherieserum. Von Prof. Dr. A. Wassermann. (Aus dem Institute für Infektionskrankheiten in Berlin.)

Das Behring'sche Diphtherieserum ist ein rein antitoxisches, dessen Wirkung also auf der Bindung und Neutralisation des spezifischen Diphtheriegiftes beruht, die Bazillen selbst dagegen nicht beeinflusst. Außerdem existieren jedoch sogenannte bakterizide Sera, welche nicht auf die Gifte, sondern auf die Bakterien selbst oder auf gewisse Stoffe ihres Leibes wirken und sich durch drei Eigenschaften auszeichnen: sie töten und lösen die Bazillen, sie erzeugen das Phänomen der Agglutination, ferner rufen sie in Lösungen der aus den Bakterien ausgelaugten Eiweißkörper einen flockigen Niederschlag, das Phänomen der Präzipitation hervor. W. suchte nun auch für die Diphtheriebazillen ein solches bakterizides Immuserum zu erzeugen. Es wurden Diphtheriebazillen getrocknet und feinst verrieben, dann mit 0·1% Aethylen-Diaminlösung extrahiert, filtriert. Da nun diese Lösung reichlich Diphtherietoxin enthält, so mußte sie vor der Verwendung behufs Immunisierung noch mit entsprechenden Mengen antitoxischen Serums neutralisiert werden. Das von mit dieser Lösung behandelten Tieren gewonnene Serum ruft in einem klaren Auszuge der Diphtheriebazillenleiber sehr rasch flockige Fällung hervor,

welche auf Zusatz normalen oder antitoxischen Serums niemals eintritt. Es gelingt also, ein von dem bisherigen Serum verschiedenes präzipitierendes Diphtherieserum zu erzielen, welches, im Gegensatz zu dem ersteren, Stoffe enthält, die auf die Leibsubstanz der Diphtheriebazillen selbst eine spezifische Wirkung ausüben. Obwohl dieses Serum praktisch noch nicht verwendet wurde und gewiß das antitoxische nicht ersetzen kann, hätte es nach W.s Meinung dennoch praktischen Wert, insoferne es vielleicht die bei Rekonvaleszenten so lange im Rachen noch nachweisbaren und infektiösen Diphtheriebazillen schneller zum Verschwinden brächte. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44, 1902.)

Anwendung von gereinigten Schwefelblumen bei der Behandlung des Typhus abdominalis. Von Dr. J. Woroschilsky.

Richmond hatte vor einem Jahre über die günstige Wirkung des Sulfur subl. auf den Verlauf der Dysenterie hingewiesen und W. konnte in mehreren ausgesprochenen Fällen diese Beobachtung bestätigen. Von 40 Stühlen pro Tag sank deren Zahl im Verlaufe weniger Tage auf 10 und darunter, der Tenesmus nahm ab und die Stühle nahmen rasch besseres Aussehen an. Dieser Erfolg veranlaßte den Versuch des Mittels bei Abdominaltyphus. W. verordnete Sulf. depurat. 1.25 zweistündlich, also bis 10.0 täglich bei Erwachsenen, bei Kindern 0.3—0.5 pro dosi, pro die 4.0. Das Mittel wird ausnahmslos gut vertragen, namentlich verursacht es keine Diarrhöen, im Gegenteile wurde bestehende Diarrhöe eher gemildert. Nach längerem Gebrauche tritt Verstopfung ein, welche durch Rektaleingießungen bekämpft werden mußte. Das Mittel gelangte in allen Stadien der Krankheit von der 1.—3. Woche zur Anwendung. W. sah stets Milderung und Linderung aller klinischen Erscheinungen, insbesondere allmähliches Sinken der Temperatur. Bei einem Falle, welcher bis zum 17. Tage, dem Beginne der Schwefeldarreichung, Diarrhöen, hohe Temperaturen (40.2), Delirien und peritonitische Reizsymptome zeigte, fielen schon nach dreitägigem Gebrauche die Temperaturen unter 39, die Darmentleerungen besserten sich, ebenso schwand rasch die Druckempfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit des Abdomens. Sechs Tage nach Beginn der Medikation war Patient bereits im Stadium der Rekonvaleszenz (Abendtemperatur 37.3, Puls 80). Ganz analog verliefen zwei andere Fälle, wo am neunten Tage, bezw. fünften Tage, mit dem Schwefelgebrauche begonnen wurde. In einer Reihe nicht näher mitgeteilter Fälle war das Resultat ebenso befriedigend.

Der Schwefel wird so lange eingenommen, bis normale Temperatur sich einstellt. Die wohltätige Wirkung des Schwefels erklärt W. vor allem durch die einhüllende Eigenschaft des unlöslichen Schwefels, welcher einen schützenden Ueberzug über die erkrankte Schleimhaut bildet und vielleicht, analog seiner Wirkung bei Hautgeschwüren, eine Verengung der entzündlich erweiterten Gefäße hervorruft und wohl auch die Epithelregeneration befördert. Außer dieser antiphlogistischen Wirkung kommt noch die antiseptische in Betracht. W. ist sich wohl bewußt, daß die Veränderung der Darmschleimhaut beim Abdominaltyphus nur ein lokaler Ausdruck der Allgemeininfektion sei, dennoch ist eine günstige Beeinflussung auch lokaler Veränderung von günstigem Einflusse auf den Verlauf der Erkrankung. Bei schweren septischen Formen des Abdominaltyphus ist von der Schwefeltherapie nicht viel zu erwarten. — (Therap. Monatsh. Nr. 11, 1902.)

Physikalische Therapie.

Ueber sogenannte Abhärtung bei Kindern. Von Hecker.

Unter Abhärtung versteht man die Maßnahmen zur Erhöhung der Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen Kälte und Wärme. Die vielfach geübte, mit kaltem Wasser, kalter Luft, mangelhafter Bekleidung ist den Kindern eher schädlich. Die Kaltwasserbehandlung kann zu Anämie, Nervosität, psychischer Reizbarkeit, schlechtem Schlaf und Anorexie führen; sie schafft eine Neigung zu Katarrhen, Schnupfen, Bronchitis, Pneumonie, ferner zu Darmatonie; sie erschwert den Ablauf dieser Erkrankungen, besonders auch des Keuchhustens. Redner kam zu diesem Resultate auf dem Wege direkter Beobachtung, indem er bei Weglassung der Kaltwasserprozeduren Heilung der genannten Zustände eintreten sah, sowie auf dem Wege einer Umfrage bei der Klientel mit sich anschließender Beobachtung der Kinder. Die Strengabgehärteten zeigten die meisten Erkrankungen. Die größte Empfänglichkeit für Erkältungen findet sich bei den Säuglingen. Die ungünstigen Wirkungen der energischen Abhärtung überwogen überall. Eine zweckmäßige Abhärtung ist die Gewöhnung an die natürlichen Schädigungen. Die Kinder müssen erst an die Luft im Zimmer, dann auch im Freien gewöhnt werden. Die Kleidung muß der Jahreszeit angepaßt werden. Wo keine Schädigungen auftreten, kann man

auch das kalte Wasser anwenden, am besten als Waschung, aber höchstens einmal täglich. Man muß dabei streng individualisieren. Säuglinge soll man überhaupt nicht abhärten, sondern stets warmhalten. — (Münch. Aerzterverein; Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48, 1902.) B.

Die physikalischen und mechanischen Agentien bei der Behandlung der organischen Hemiplegien. Von Deschamps.

Die Scheu vor der Anwendung der Elektrizität bei Hemiplegien liegt in der Furcht, Kontrakturen hervorzurufen, wie ja das leider in der Praxis nicht selten zu finden ist. Es übergeht nämlich der Strom auch auf entfernte, leicht erregbare Muskelgruppen und so entstehen Kontrakturen, da die Differenz im Tonus zwischen Agonisten und Antagonisten eine zu große ist. Man muß sich eben genau an die elektrodiagnostischen Merkmale halten, dann wird man durch Galvanisation oder Faradisation immer gute Resultate erzielen. Auch die Gymnastik in der Form von aktiven und passiven Bewegungen leistet gute Dienste, aber auch hier muß rationell und nach den physiologischen Prinzipien vorgegangen werden, um sowohl Agonisten, als auch die Antagonisten zu üben. Dann wird man immer die Entstehung von Kontrakturen vermeiden können. Die Uebungen sind stets vom Arzte zu leiten und zu überwachen; der Patient darf ohne Aufsicht keine Uebungen machen, da er zu viel Kraft aufwendet, was für die Dauer schädlich ist und leicht Kontrakturen erzeugt. — (Rev. de Thérapeut. Nr. 20, 1902.) B.

Blutbefund bei Schwitzprozeduren. Von Krebs und Majer.

Untersuchungen anderer Autoren über die Wirkung schweiß-erregender Prozeduren auf das Blut haben ergeben, daß im Heißluft-, Dampf- und Wasserbade die Blutdicke zunehme, der Hämoglobingehalt beträchtlich steige und daß auch in den meisten Fällen sich eine Vermehrung der roten Blutkörperchen — und nur selten eine Verminderung — sowie auch eine Hyperleukocytose nachweisen lasse. Die Vf. haben bei ihren Untersuchungen folgenden Vorgang beobachtet:

Sie entnahmen Blut dem Ohrfläppchen, bestimmten mit Fleischls Hämometer den Hämoglobingehalt, die Zahl der Blutkörperchen mit dem Thoma-Zeiß'schen Zählapparat. Das spezifische Gewicht wurde mit Benzoehloroform bestimmt. Hierauf wurde Patient gewogen und durch 20—25 Minuten einer Schwitzprozedur unterzogen. Hierauf wurde abermals — im Bade — Blut

entnommen, der Patient dann mit einer kurzen Douche abgekühlt und wieder gewogen. Sie kamen zu folgenden Resultaten: 1. Heißluftbäder in der Dauer von 15—20 Minuten bedingen zumeist eine mäßige Leukocytose, sowie mäßige Zunahme des Hämoglobingehaltes und des spezifischen Gewichtes. 2. Glühlicht- und Bogenlichtbäder wirken in derselben Weise. 3. Heiße (40°) Wasserbäder von 15—20 Minuten Dauer bedingen keine Zunahme der Leukocyten. In den meisten Fällen war wohl eher eine Abnahme derselben, sowie Verringerung des spezifischen Gewichtes und des Hämoglobingehaltes zu konstatieren. 4. Die therapeutischen Erfolge der Schwitzkuren sind nicht auf Veränderungen des Blutes nach Qualität und Quantität zu beziehen, sondern auf eine Beeinflussung der Gewebe, sowie der Zirkulationsverhältnisse. — (Zeitschrift f. diät. u. physikal. Ther. Nr. 7, 1902.) B.

Die Behandlung der Geistesstörungen mit dem kontinuierlichen Bade. Von P. Keraval.

Kraepelin hat durch die Anwendung der kontinuierlichen Bäder bei Geisteskranken die Psychotherapie wesentlich bereichert. Er läßt agitierte Kranke, wie Paralytiker mit Manie und Delirien, Wochen, ja Monate im Bade von 34° C. liegen. Bei Katatonie haben die feuchten Einpackungen bessere Resultate erzielt. Die Vorzüge dieser Behandlungsmethode liegen wohl in der absoluten Ruhe, die dem Bettliegen gleichkommt, als auch, wie manche Autoren behaupten, in dem gesteigerten Stoffwechsel. Die Schwierigkeit, die Patienten im Bade zu behalten, kann durch geduldiges Ueberreden, eventuell durch Darreichung von massigen Sulfonal- und Hyoseingaben behoben werden. — (Rev. de Thérapeut. Nr. 11, 1902.) B.

Ueber lokale Wärmeapplikation. Von A. Gross.

Zur konstanten Erwärmung von Kataplasmen, Sandsäcken etc. empfiehlt Vf. an Stelle des Quincke'schen Thermophors einen Wärmekörper, welcher aus schleifenförmig verlaufenden Zinnröhren besteht, die auf einer Asbestplatte befestigt sind. Der Apparat ist leicht, billig und jeder Körperstelle durch entsprechende Biegung bequem anzupassen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46, 1902.)

Heißes Wasser gegen Ekzema acutum. Von J. Pokielow.

Entgegen der bisher fast allgemein gültigen Regel, bei akuten Ekzemen jede Behandlung, ja Berührung mit Wasser zu meiden, ist G. auf Grund seiner Beobachtungen zum Resultate gelangt, daß sich bei Ekzemen im akuten Eruptionstadium durch Behand-

lung mit warmem Wasser fast durchwegs günstige Resultate erzielen lassen. G. wendet das Wasser entweder in Form von heißen Bädern — so heiß, als es die Kranken nur vertragen — in welche die erkrankten Körperteile getaucht werden, an, oder als heiße Douche. Schon nach einigen Applikationen hört das Jucken auf, die Entzündungserscheinungen treten zurück und es tritt rasche Heilung ein. In Fällen, wo gleich beim Beginne der Eruption der Effloreszenzen, das heiße Wasser in Anwendung kam, hat Vf. sogar abortive Wirkung beobachtet. — (Gaz. des Eaux Nr. 2259, 1902.) B.

Behandlung gynäkologischer Krankheiten mit heisser Luft.

Von H. Thomson.

Bei entzündlichen, nicht acuten Adnexerkrankungen und bei Pelveoperitonitis bedeckt Vf. den Unterleib mit einem Hohlzylinder, erwärmt die Luft in demselben durch eine Heizlampe, von der ein Schlauch zum Cylinder führt, auf 60° C. Contraindicationen der Methode sind hochgradige Herzfehler und erkranktes Gefäßsystem. — (Klin. ther. Wochenschr., Nr. 9, 1902.) B.

Die Anwendung des Wasserdampfes in der Gynäkologie. Von Kozlenko.

Vf. gelangt auf Grund von klinischen Beobachtungen und Experimenten zu dem Schlusse, dass die intraurterine Anwendung des Dampfes sich bei Hämorrhagien infolge von Metritis, bei Subinvolution und im klimakterischen Stadium sich besonders gut bewährt. Bei einer Temperatur von 110—115° C. in der Dauer von einer Minute tritt Gefäßobliteration ein. Indiziert ist die Anwendung bei Menorrhagien in der Menopause, veralteten Metritiden, Leukorrhöe und kann auch zur Provocation von Sterilität (Beobachtung von Prof. Sneghiriew) als ungefährliches Mittel an Stelle der Castration angewendet werden. Contraindication: Adnexerkrankungen, eitrige Parametritis, acute Beckenerkrankungen. Die Application darf nicht vor 6—14 Tagen (Abstossung des Schorfes) wiederholt werden. — (Revue de Therapeut. Nr. 16, 1902.) B.

Lichttherapeutische Neuigkeiten. Von Strebel.

Es ist erwiesen, daß die durch das Licht hervorgerufene Entzündung die bakterielle günstig beeinflussen kann. Der Vf. hat in seiner eigenen Harnröhre 12 cm tief spezifische Lichtwirkung hervorgerufen und glaubt den Weg gefunden zu haben, die Virulenz der Gonokokken in der Urethra zu beeinflussen, im Sinne einer Ab-

schwächung. Auch bei Alveolarpyrrhöe hat S. das Licht angewendet; es entstanden Rötungen, die sich bis zur heftigen Entzündung steigerten, worauf die Eiterung sistierte und die Zähne wieder fest wurden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39, 1902.) B.

Lichttherapie. Von Joire.

Vor mehreren Jahren hat Flamarion Untersuchungen über die Wirkung der Spektralfarben des Sonnenlichtes auf das Pflanzenleben angestellt, deren Ergebnis dahin ging, daß, abgesehen von der schon lange bekannten Tatsache, die Zersetzung der Kohlensäure und Bindung des Kohlenstoffes unter Einwirkung des Lichtes vor sich gehe, die grellsten Strahlen, die gelben, roten und gelbroten, die wirksamsten wären. Flamarion hat dann seine Versuche auf den tierischen Organismus ausgedehnt, und zwar studierte er die Lichtwirkung auf die Entwicklung der Seidenraupe. Er brachte dieselben in mit verschiedenfarbigen Gläsern bedeckte Kasten. Es zeigte sich, daß die Einpuppung in allen mit farbigen Gläsern bedeckten Kasten 5—7 Tage später begann, als bei jenen, die in der freien Luft lebten. Das Maximum an Seidenproduktion erfolgte unter dem farblosen Glase, danach kam das rote Glas, während das blaue Glas das Minimum zeigte. Auch legten die Weibchen unter dem farblosen und roten Glase mehr Eier, als unter dem blauen.

Durch diese Ergebnisse angeregt, ging Vf. daran, die therapeutische Wirkung der Lichtstrahlen zu untersuchen. Die Ergebnisse beziehen sich 1. auf den Einfluß auf die Zirkulation, 2. Ernährung, 3. auf das Nervensystem. A d. 1: Die Zirkulation wird durch die Gesamtheit der Spektralfarben, also durch weißes Licht, beeinflusst. Von den einzelnen Farben erhöhen die roten die Zirkulation sowohl oberflächlich, als auch in der Tiefe; die violetten, lokal angewendet, bewirken nur oberflächlich eine Hyperämie; allgemein appliziert, verursachen sie eine Herabsetzung der Zirkulation, Verlangsamung des Pulses und Sinken der Temperatur. A d. 2: Die blauen und violetten Strahlen verlangsamen den Stoffwechsel, die Zellsprossung und das Zellwachstum; das weiße Licht und die roten Strahlen wirken erregend auf den Stoffwechsel. A d. 3. Einfluß aufs Nervensystem: Bei entzündlichen Prozessen rufen rote, gelbe und weiße Strahlen Schmerz hervor, steigern die Entzündungserscheinungen; die blauen wirken diametral entgegengesetzt. Ebenso werden trophische Störungen durch rote und weiße Strahlen gebessert. Schließlich

sei erwähnt, daß Belichtung größerer Körperpartien auch die psychischen Zentren beeinflußt. — (Rev. Internat. de Thérap. Physique Nr. 18, 1902.) B.

Phototherapie bei Neurasthenie. Von P. Joire.

In Berücksichtigung der Eigenschaft der farbigen Lichtstrahlen, Einfluß auf das Nervensystem zu üben, hat Vf. dieselben zu therapeutischen Zwecken bei Neurasthenie verwendet. Da die Schwingungszahl der roten Strahlen eine geringe ist, so war zu erwarten, daß sie beruhigend auf das Nervensystem wirken werden. In der Tat konnte er auch bei vielen Neurasthenikern mit Hyperästhesien — denen schon geringe äußere Reize, die unter normalen Verhältnissen nicht empfunden werden, heftige Beschwerden verursachen — Kopfschmerzen, Neuralgien etc. fast immer calmierende Wirkung beobachten. Im entgegengesetzten Falle, wenn nach Auftreten der schmerzhaften Erscheinungen, psychische Depression auftritt, sind andere Spektralfarben in Anwendung zu bringen. Ferner werden von den roten Strahlen auch Zirkulationsstörungen reguliert und Vf. sah nicht selten unter Einwirkung dieser Strahlen, die gesunkene Energie zurückkehren; der Appetit wird angeregt, Verdauung befördert und so eine Besserung des Allgemeinbefindens bewirkt. — (Le Nord médical, 1902.) B.

Chirurgie.

Zur Anwendung des Aethers als allgemeines Betäubungsmittel; Aethertropfnarkose. Von Dr. Hofmann.

Um zu entscheiden, ob der Aether als allgemeines Betäubungsmittel sich auch eignet, wenn man es tropfenweise dem zu Narkotisierenden verabreicht, hat Vf. viele Experimente angestellt und ist zur Ueberzeugung gelangt, daß der Aether dem Chloroform prinzipiell als Narkotikum vorzuziehen ist, weil er keine, oder nur sehr geringfügige Schädigungen der inneren Organe hervorruft, während Chloroform selbst bei vorsichtigster Dosierung, argen Schaden anrichten kann. Bei den Versuchen an kleinen Tieren ergab sich, daß der Aether in geringerer Gabe schneller, als in größerer, narkotisierend wirkt und in letzterer Darreichung zunächst sogar eine stark exzitierende Wirkung entfaltet. Die tropfenweise Verabreichung des Aethers zu narkotischen Zwecken kann daher nur als rationell bezeichnet werden. Die

Aethererstickungsmethode ist, nach Ansicht des Vf., als irrationell, weil nicht frei von ungünstigen Nebenwirkungen, aufgegeben.

Nun gelang aber bei tropfenweiser Darreichung des Aethers beim erwachsenen Menschen nur ausnahmsweise eine für Operationszwecke genügende Narkose zu erzielen; sehr günstig gestaltete sich aber stets das Resultat, wenn man dem Patienten eine entsprechende Dosis Morphin, etwa eine Stunde vor Beginn der Narkose, subkutan injiziert. Die zu injizierende Menge schwankt zwischen 0·01—0·03 und ist stets der Körperkonstitution entsprechend zu wählen. Vor Beginn der Narkose soll der Patient beruhigt und die Atmung geregelt werden; zur Unterstützung der Regelung empfahl Vf. das Rückwärtszählen, etwa von 200 abwärts, weil die Patienten beim gewöhnlichen Zählen sich häufig überstürzen und nicht gleichmäßig atmen. Mit dem Auftropfen des Aethers soll man noch etwa eine Minute lang nach Beginn des Zählens warten und dann ganz langsam tropfend beginnen, und allmählich die Tropfenzahl steigern. Mit einer ununterbrochenen, allmählich etwas schneller werdenden Tropfenfolge wird man durchschnittlich in 10—15 Minuten eine vollständige Narkose ohne jedes Exzitationsstadium erreichen und die Narkose in gleicher Weise auch unterhalten können. Der durchschnittliche Verbrauch von Aether wird unter 2 g pro Minute bleiben.

Das Instrumentarium, das zu dieser Art Narkose nötig ist, ist sehr einfach; es besteht aus einer gewöhnlichen, mit auswechselbarer Gaze überzogenen Maske und einer einfachen Tropfflasche für 50—100 g Aether. Dauert es ausnahmsweise lange bis zum Stadium der völligen Toleranz, dann darf die Aetherzufuhr nicht erheblich gesteigert werden, dann genügt es, wenige Tropfen Chloroform, das man auch bereithält, aufzutropfen, um die gewünschte Betäubung zu erzielen; die Fortsetzung der Narkose geschieht tropfenweise mit Aether.

Die Technik der Methode erfordert zwar Uebung, doch bietet sie keine derartigen Schwierigkeiten, daß man nur einen Arzt mit ihr betrauen dürfte; eine geübte Schwester kann bei der relativen Einfachheit und Ungefährlichkeit der Narkose dieselbe wohl ausführen.

Die sogenannten Aethersymptome (Cyanose, Rasseln etc.) dürfen bei der Narkose nicht auftreten; ein einzelner Hustenstoß, eintretende Unruhe u. dgl. beweisen ausnahmslos, daß zu viel Aether gegeben wurde. Das Entfernen der Maske für kurze Zeit

wird die Störung bald beseitigen. Bei der geringen Menge des in der Zeiteinheit aufgetropften und verdampften Aethers wird die Abkühlung der eingeatmeten atmosphärischen Luft keine große sein und daher die Kälte auf die Respirationsorgane keinen so schädlichen Einfluß ausüben, wie bei der gewöhnlichen Methode, bei der große Mengen von Aether verdampfen und die Luft und den Kranken so weit abkühlen, daß sich der Wasserdampf der Expirationsluft als feiner Schnee auf der Maske niederschlägt. Bei dieser Methode der Aetherverabreichung bleiben daher die sonst bei Aethernarkosen beobachteten Schädigungen des Respirationsapparates fast ganz aus. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 65, H. 5 u. 6.)

Ueber die Schneiderlin'sche Skopolamin-Morphinnarkose. Von Dr. Edwin Bloss.

Vf. hat die von Korf angestellten Versuche nachgeprüft und es gelang ihm, in 70 Fällen (von 105) durch subkutane Injektion von Skopolamin und Morphin Narkosen zu erzielen, die stundenlang dauerten und genügten, um auch größere Operationen auszuführen.

Physiologisch ist die Narkose in der Tatsache begründet, daß beide Präparate in ihrer sedativen Wirkung auf das Großhirn sich summieren, während die anderen Nebenwirkungen auf Herz, Respiration, Pupillen, Schweißdrüsensekretion, sich aufheben.

Skopolamin beschleunigt die Pulsfrequenz und steigert den Blutdruck; Morphin vermindert die Pulszahl und setzt den Blutdruck ein wenig herab; Skopolamin vertieft und beschleunigt die Atmung; Morphin macht sie langsamer und oberflächlicher. Skopolamin erzeugt Mydriasis, Morphin Miosis; Skopolamin hemmt, Morphin fördert die Schweißdrüsensekretion; Speichel- und Schleimdrüsensekretion werden durch die Kombination beider Alkaloide paralytisch. Bei gewissen Kombinationen beider Alkaloide werden also gar keine Nebenerscheinungen vorkommen und nur eine Herabsetzung der Erregbarkeit der Großhirnrinde bestehen bleiben.

Die vom Vf. erzielten Narkosen verliefen fast ohne Störung, bis auf einige Fälle von Respirationsstörungen, die entweder von selbst, oder auf künstliche Atmung oder Herzmassage in kurzer Zeit verschwanden. Leider ist auch ein Todesfall infolge der Narkose zu verzeichnen. Es handelte sich um einen sehr herabgekommenen tuberkulösen Mann, bei dem die Obduktion eine hochgradige

amyloide Entartung der Nieren und des Darmes aufdeckte. Die Alkaloide konnten daher nicht so schnell durch die Niere ausgeschieden werden und verursachten die Vergiftung. Vf. ist der Meinung, daß für die Zukunft diese Unglücksfälle zu vermeiden sein werden.

Bei den Fällen, bei welchen durch die subkutane Injektion von Skopolamin und Morphin allein eine genügende Narkose nicht zu erzielen war, hatte die Injektion noch insoferne einen günstigen Einfluß, als es gelang, durch ganz minimale Mengen von Chloroform oder Aether eine tiefe Narkose zu erzielen, ohne daß ein Exzitationsstadium aufgetreten wäre. Die Patienten schliefen noch lange Zeit nach der Narkose, hatten nach dem Erwachen keine Ueblichkeiten und waren imstande, sofort Nahrung zu sich zu nehmen, was bei Patienten, die durch schwere vorhergehende Krankheiten gelitten haben, von großer Bedeutung ist.

Die Injektionen der beiden Alkaloide wurden separat, und zwar 1—3 Stunden vor der Operation vorgenommen. Die Mengen der in verschiedenem Verhältnis zu einander einverleibten Alkaloide betragen beim Morphin 3—12 cg, beim Skopolamin 5—20 dmg. Da das Skopolamin ein in seinen physiologischen Eigenschaften sehr labiles Präparat ist, passiert es manchmal, daß die gewöhnliche Menge noch keine Wirkung entfaltet; es muß daher jedes Präparat unter genauer Beobachtung von Puls und Respiration ausprobiert werden. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 35, H. 3.)

Das Operieren im Aetherrausch. Von Prof. Küttner.

Vf. hat an mehreren hundert Fällen der Klinik von Prof. Bruns das Sudeck'sche Verfahren der Operation im ersten Aetherrausch nachgeprüft und gefunden, daß dasselbe sich für kurz dauernde Eingriffe, welche unter Lokalanästhesie sich schwer ausführen lassen, ganz besonders eignet. Speziell für den praktischen Arzt sei dieses Narkotisierungsverfahren von der größten Bedeutung, weil es vollständig gefahrlos ist und ihm ermöglicht, den Patienten, ohne ihn einer Gefahr auszusetzen, selbst zu narkotisieren und dann zu operieren. Die Technik ist die möglich einfachste:

Nachdem der Patient ermahnt wurde, seine ganze Aufmerksamkeit der Narkose zu widmen, läßt man ihn tief atmen, nicht zählen. In eine der gebräuchlichsten Aethermasken werden 20 bis 30 cm³ Aether gegossen und die Maske dem Gesichte des Patienten allmählich genähert; wenn der Patient sich an den Geruch des

Aethers gewöhnt hat, wird die Maske fest aufgedrückt und nach 10–15 Atemzügen tritt ein Zustand ein, der einem Alkoholrausch sehr ähnlich ist. Dieses Stadium eignet sich zur Vornahme der Operation, bei welcher die Patienten am häufigsten ruhig, wie hypnotisiert daliegen. Manchmal geben die Patienten auch Schmerzensäußerungen von sich, ohne aber Versuche zu machen, den operierten Körperteil wegzuziehen. Nach dem Erwachen aus der Narkose geben die Patienten an, gar keinen Schmerz empfunden zu haben; das Erwachen geschieht nach Entfernung der Maske in kürzester Zeit und die Patienten haben bald auch ihr Orientierungsvermögen wieder erlangt. Da die Narkose nur kurze Zeit dauert, muß früher zur Operation alles bereit sein. Die psychische Beeinflussung des Patienten durch den Narkotiseur ist sehr wichtig. Für Kinder genügen zur Narkose meist 10 cm³ Aether.

Für länger dauernde Operationen (20–30 Minuten Dauer) verwendet Vf. eine Kombination von Aether- und Morphinrausch. Das Morphin wird eine halbe Stunde vor der Operation in der Menge von 1–2 cg (je nach Alter und Körperbeschaffenheit) injiziert und verlängert das analgetische Stadium. Wenn die Anfangsdosis von 30 cm³ nicht genügen sollte, so kann man von Zeit zu Zeit kleinere Dosen von 10 cm³ nachgeben. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 35, H. 3.)

Ueber ein neues Verfahren bei der Lumbalanästhesie. Von Dr. Kozłowski.

In 32 Fällen von Lumbalanästhesie gelang es Vf., alle unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Kopfschmerz, Erbrechen, Schweißausbruch, Fieber, hintanzuhalten, indem er einerseits statt des Kokaïns das weniger schädliche Tropakokaïn benützte und andererseits auch nicht das chemisch und mechanisch die Hirnzellen reizende Wasser zur Lösung des Tropakokaïns, sondern nur die Cerebrospinalflüssigkeit selbst benützte. Er gab in ein steriles graduiertes Schälchen 0.05 Tropakokaïn und ließ aus der Kanüle 5 g Liquor cerebrospinalis zufließen. Durch leichtes Schütteln des Schälchens löst sich das Tropakokaïn und es entsteht eine 1% ige Lösung; diese wird in den Subarachnoidalraum injiziert. Das Sterilisieren des Pulvers war überflüssig, wenn man nur die gewöhnlichen Grundsätze der Reinlichkeit (Entnahme mit sterilem Löffelchen, Nichtberühren mit den Fingern) streng beachtet. Das Verfahren ist sowohl für Spitäler, wie auch für die Privatpraxis geeignet. — (Zentralbl. f. Chir., Nr. 45, 1902.)

Ueber kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit Vaselineinjektionen. Von Dr. Wassermann.

Von sechs Fällen von Sattelnasen, die Vf. nach der Methode G e r s u n y's mit Injektionen von Unguentum paraffini behandelt hat, verliefen fünf sehr günstig und lieferten sehr schöne kosmetische Resultate, wie aus den der Arbeit beigeschlossenen Photographien ersichtlich ist. In einem sechsten Falle kam es zu Gangrän der Haut oberhalb der Prothese; ein großer Teil der Nasenrückenhaut stieß sich ab und wurde später durch T h i e r s c h'sche Hautlappen gedeckt. Glücklicherweise war das Transplantationsergebnis ein derartig ideales, daß keine dauernde Verunstaltung zurückgeblieben ist.

Zur Vermeidung von üblen Zufällen dieser Art rät Vf. die präformierenden Injektionen größerer Kokaïnmenngen, die häufig geübt werden, zu verwerfen, weil sie unnötigerweise die Haut in große Spannung versetzen, und, da sie außerdem gefäßkontrahierend wirken, die die Prothese deckende Haut ganz anämisch machen und daher zur Gangrän führen können. Außerdem erschweren größere Kokaïnmenngen die genaue Orientierung, in welche Partien das Vaseline zu injizieren ist.

Die Technik, die Vf. verwendete, war die von G e r s u n y empfohlene. Das Ung. paraff. hatte einen Schmelzpunkt von 40° C. Die injizierten Mengen betragen 2—3 cm³. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 35, H. 3.)

Ueber Thoraxresection bei Empyemfisteln und ihre Endresultate. Von Prof. Dr. Jordan.

Für die Behandlung veralteter Empyeme ergeben sich aus den 21 Beobachtungen des Vf. folgende Schlusssätze: Bei wirklich veralteten Empyemfisteln ist in der grössten Mehrzahl der Fälle nur durch die S c h e d e'sche Thoraxresection Heilung herbeizuführen. Die Resection muss radical durchgeführt werden, soll sie erfolgreich sein; partielle Eingriffe sind zwecklos. Die genaue Feststellung der intrathoracischen Verhältnisse ist nur durch directe Inspection und Palpation möglich; es empfiehlt sich daher, die Operation mit einem Explorativschnitt zu beginnen und das weitere Vorgehen von dem Resultate der Voroperation abhängig zu machen. Findet sich die Pleura pulmonalis schwartig degenerirt, so soll dieselbe in jedem Fall — zur möglichsten Unterstützung des Erfolges — excidirt, resp. gespalten werden (Decortication der Lunge). Die Decortication allein ist in ihrem Erfolge unsicher.

Bei Kindern kann, falls die Indication vorliegt, die Thorax-resection umso eher vorgenommen werden, als eine vollständige Regeneration der entfernten Rippen erwartet werden darf. Da diese Regeneration nur dann zu idealen Resultaten führt, wenn die retrahierte Lunge sich ausdehnen kann, soll gerade im Kindesalter der richtige Zeitpunkt der Operation nicht versäumt werden.

Die tuberculösen Empyeme nehmen eine Sonderstellung ein; bei denselben sind die Chancen des Eingriffes sehr gering. Die Operation soll daher nur in vereinzelt, besonders günstig gelagerten Fällen (kleine abgegrenzte Empyemhöhle, geringe Lungenveränderungen, guter Allgemeinzustand) versucht werden. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 34.)

Die operative Behandlung der Lungentuberkulose. Von Prof. Landerer.

Die operative Eröffnung und Drainage der tuberculösen Kavernen hat in drei Fällen Resultate geliefert, die zu weiteren Versuchen gar nicht ermuntern. Zwei Patienten starben bald nach der Operation, beim dritten Patienten heilte die Fistel nicht und beim Husten entleerte sich stets ein Teil des Sputums durch die Fistel und lief trotz aller Verbände am Stamme herunter. Die Belästigung, die Patient dadurch empfand, war sehr groß.

Hingegen hat Vf. in letzter Zeit bei sechs Fällen von schwerer Tuberkulose ein Verfahren eingeschlagen, das nachahmenswert erscheint. Vf. beobachtete nämlich, daß bei Patienten, die an Kavernen in der Lungenspitze leiden, im Falle eine Besserung oder Heilung eintritt, der erste und zweite Interkostalraum und die Schlüsselbeingrube sich energisch einziehen. Ohne die Möglichkeit einer Schrumpfung kann keine Heilung der Kavernen erfolgen. Vf. kam daher auf den Gedanken, auf künstlichem, operativem Wege die Möglichkeit auch dort zu schaffen, wo die Verhältnisse für eine Schrumpfung nicht sehr günstig liegen. Zu diesem Zwecke resezierte er über dem erkrankten Gebiet die Rippen in weiter Ausdehnung und ermöglichte dadurch eine rasche Schrumpfung. In sechs aussichtslosen Fällen, die Vf. nach dieser Methode behandelte, erzielte er ziemlich günstige Resultate; in einem Falle wurde eine temporäre Heilung erzielt, in zweien eine ganz erhebliche Besserung, ein Fall ist gebessert und verspricht wahrscheinlich Heilung, ein Fall ist noch unentschieden; im sechsten, ganz aussichtslosen Fall, einer großen Unterlappenkaverne mit raschem Verfall, hat die Operation wenigstens nicht geschadet.

Bei der Operation ist darauf zu achten, daß dieselbe möglichst unblutig verläuft, da die Tuberkulösen den Blutverlust schlecht vertragen. Die Resektion der Rippen muß eine ausgiebige sein, oft müssen von 6—8 Rippen 10—15 cm lange Stücke reseziert werden. Wegen der Nähe von infektiösem Material in der Kaverne, dürfen die bei der Operation gesetzten Wunden nicht ganz genäht werden; Drainage ist am Platze, da es sonst leicht zu Temperatursteigerung infolge Infektion kommen kann. In den ersten Tagen sind die Patienten zum Husten und Entleeren der Kavernen anzuhalten, was sie häufig wegen der dabei empfundenen Schmerzen vermeiden. Die Partie des Thorax, die über dem Herzen und den großen Gefäßen liegt, darf nicht reseziert werden, da es sonst zu empfindlichen und pulsierenden Narben kommt. Der Heilungsprozeß ist ähnlich aufzufassen, wie bei alten Empyemen nach Resektion des Thorax.

In Anbetracht des Umstandes, daß die Tuberkulösen den Eingriff meist gut vertragen, rät Vf. in Fällen von Kavernen im Ober-, speziell aber im Unterlappen, zur Ausführung der Thoraxoplastik. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47, 1902.)

Behandlung der Fracturen mit primärer Knochennaht. Von Doc. Dr. Völcker.

Vf. hat auf der Klinik C z e r n y sechs Fälle von Fracturen langer Röhrenknochen mit primärer Knochennaht (Umschlingung mit Silber- oder Aluminiumbronzedraht) behandelt und kommt auf Grund der daselbst gemachten Beobachtungen zu der Ueberzeugung, dass die primäre Knochennaht ihre hauptsächlichste Bedeutung für die complicirten Fracturen hat, wo man ohnehin zu operativen Eingriffen genöthigt ist, oder wo man sich leichter zu solchem entschliesst und wo das Anlegen exact fixirender Verbände meist nicht thunlich ist; durch die sichere Fixation der Bruchenden, die man zur Reinigung der Wunde hinzufügt, wird der Eingriff nicht wesentlich vergrößert, dafür aber die Nachbehandlung ausserordentlich erleichtert und das definitive Resultat sehr verbessert.

Das Ziel in der Behandlung der subcutanen Fracturen liegt im Allgemeinen nicht auf dem Wege der Operation, sondern in der Verbesserung und sorgfältigen Ausübung der Verbandmethoden. Die primäre Naht nicht complicirter Knochenbrüche hat unter dem Schutze der Asepsis und dem Stande der Technik ihre volle Berechtigung, sie soll aber nur unter bestimmten Indicationen

zur Ausführung kommen. Zugelassen ist sie allgemein bei Fracturen der Patella, des Olekranons und des Kiefers und kommt in Frage bei Diaphysenfracturen (an den Extremitäten), wenn sie durch die sonst gebräuchlichen Methoden nicht in guter Stellung erhalten werden können, besonders bei jugendlichen Individuen. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 34.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Behandlung der Eklampsie mit Veratrum viride. Von Dr. L. Mangiagalli.

Vf. berichtet über 18 Fälle von Eklampsie, die er mit Veratrum viride behandelte. Der Erfolg war geradezu glänzend, indem in allen Fällen die Anfälle aufhörten und nur in einem Falle neun Tage nach dem Sistiren der eklamptischen Anfälle Exitus letalis eintrat. In neun Fällen handelte es sich um Erstgebärende, in den anderen neun Fällen um Mehrgebärende. Sämmtliche Frauen hatten Eiweiss im Urin. In sieben Fällen trat die Eklampsie während der Geburt, in zwei Fällen während des Puerperium, in neun Fällen während der Schwangerschaft auf. In Anwendung gezogen wurde das Extractum fluidum des Veratrum viride, hergestellt von Carlo Erba in Mailand. Es wurden nach Bedarf mehrmals des Tages je 20 Tropfen verordnet und durchschnittlich die Zahl von hundert Tropfen nicht überschritten. Constant wurde eine Herabsetzung des Blutdruckes, sowie eine Verlangsamung des Pulses beobachtet. — (Ann. di ost. egin., 1901.)

Königstein.

Accouchement forcé wegen anormaler Insertion der Placenta mit Blutung. Von Prof. C. Fournier.

Vf. führt sieben Fälle von marginaler und centraler Placenta praevia vor, die mit heftiger Blutung einhergingen und wegen drohender Lebensgefahr der Mutter das Accouchement forcé indiciren. Dabei wurde in allen sieben Fällen das Leben der Mutter erhalten, während drei Kinder zugrunde gingen. Ambroise Pacé war der erste, welcher das Accouchement forcé angegeben hatte, doch verfiel die Methode wegen der zahlreichen Misserfolge bald in Missercredit, wurde wieder verlassen und gerieth ganz in Vergessenheit. Erst die Aera der Antisepsis erweckte die Methode wieder aus ihrem Winterschlaf und Vf. behauptet, der erste gewesen zu sein, welcher zielbewusst durch strengstes antiseptisches Verfahren

das ursprüngliche von Ambroise Pacé angegebene Accouchement forcé wieder zu seinem Rechte verhalf. Die Methode bestand nach Vorschrift von Ambroise Pacé in forcirter Dilatation des Collum und folgender Wendung auf den Steiss. Bei Mehrgebärenden geschieht die Dilatation mit der Hand (Verfahren von Harris) oder vermittels beider Hände (Verfahren von Bonnaire). Bei Erstgebärenden dilatirt man den undurchgängigen Cervicalcanal zuerst mit den Hegar'schen Stiften, dann mit dem Zeigefinger und schliesslich mit der Hand. Auf die Wendung folgt Extraction der Frucht, sowie der Placenta mit den Eihäuten. Zum Schlusse wird eine intrauterine antiseptische Irrigation vorgenommen. — (Obstétrique Nr. 6, 1901.)

Königstein.

Puerperalfieber, seine Pathologie und Behandlung. Von Dr. Pryor.

Vf. unterscheidet zwei Gruppen von puerperaler Sepsis: 1. die thrombotische, 2. die lymphangitische Form. Die erstere ist die gefährlichere, rascher tödtlich verlaufende Form. Vf. ist mit Krönig und anderen Autoren der Ansicht, dass Autointoxication höchst selten anzunehmen ist. Die saprophytische Infection ist weniger gefahrdrohend. Vf. ist ein Gegner der verschiedenen Methoden der Ausspülung, da sie sich ihm in keinerlei Weise bewährt haben. Auch von der Verwendung des Streptokokkenserums hält Vf. nichts, weil es ja durch die diesbezüglichen einschlägigen Forschungen sichergestellt ist, dass es verschiedene Streptokokkenarten gibt und das von der einen Art gewonnene Serum auf die andere keinerlei beeinflussende Wirkung hat. Vf. macht bei sichergestellter thrombotischer Form die abdominelle Hysterektomie. Liegt die lymphangitische Form vor, dann wird die Gebärmutter ausgekratzt und mit Jodoformgaze stark ausgestopft. Hierauf wird die Bauchhöhle durch eine ausgiebige Kolpotomia posterior eröffnet, wobei sich eine grössere Menge Serum, mitunter auch schon Eiter zu entleeren pflegt, und dann mit Jodoformgaze drainirt. Vf. beabsichtigt durch die starke Tamponade, sowie Drainage mit Jodoformgaze eine Jodoformvergiftung herbeizuführen, welche einerseits der allgemeinen Sepsis entgegenwirken, anderseits aber auch local desinficirend wirken soll, wie durch zahlreiche einschlägige bacteriologische Untersuchungen nachgewiesen wurde. Kommt es zu stärkeren Intoxicationserscheinungen infolge von Anhäufung von grösseren Mengen Toxinen und Jod im erkrankten Organismus, welche sich in starker Pulsbeschleunigung, sowie

Affection des Herzens und der Niere äussern, dann macht der Vf. eine intravenöse Salzeinspritzung. Weiters werden Kochsalzklysmen häufig applicirt in der Absicht, die angehäuften Toxine und das Jod zu entfernen. Vf. verfügt über 14 Fälle, von denen nur ein Fall tödtlich endete. Seine Schüler zogen diese Methode in weit über 50 Fällen mit bestem Erfolge in Anwendung. — (Med. record, 1901.)
Königstein.

Zur Behandlung des Puerperalfiebers. Von Dr. Aufrecht.

Von der Anschauung ausgehend, dass zwischen dem Erreger der Pneumonie und der Entstehung des Puerperalfiebers innige Beziehungen vorhanden sind, anderseits aber die subcutane Chinin-anwendung bei der Pneumonie gute Resultate ergeben haben, hat Vf. die subcutanen Chinininjectionen auch beim Puerperalfieber in Anwendung gezogen. In allen Fällen, wo Vf. die Diagnose Endometritis puerperalis aus dem vorhandenen Befunde machen konnte, machte er selbst bei geringem Fieber eine subcutane Chinin-injection, nachdem er eine Ausspülung des Uterus mit einer Carbollösung vorausgeschickt hatte. Zu den Carbolspülungen wird ein kleinfingerdicker gläserner Katheter verwendet, welcher aussen der ganzen Länge nach mit einer tiefen Rinne versehen ist und vorne doppelt gelocht ist. Die Lösung selbst soll 2 $\frac{1}{2}$ % ig sein und muss, um Collapse zu vermeiden, auf eine Temperatur von 28—30° R. gebracht werden. Zur Chinininjection wird eine Lösung von Chininum hydrochloricum 1 g auf 34 g Wasser verwendet, wovon es sich empfiehlt, je eine Hälfte in die Seitentheile des Abdomens zu injiciren. Bemerkt muss werden, dass die in Verwendung gezogene Spritze früher nicht mit einer Carbollösung durchgespritzt werden darf, weil sich sonst Krystallnadeln von Phenol-Chininhydrochlorid bilden. Die Chinininjectionen werden vom Vf. meist nur je einmal auf drei hintereinanderfolgenden Tagen applicirt. — (Therap. Monatsh. Nr. 5, 1901.)

Königstein.

Subarachnoide Cocaïnisation in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Von Dr. N. J. Hawley und Dr. F. J. Taussig.

Vf. berichten über 20 diesbezügliche Fälle, von denen 14 geburtshilflicher und 7 gynäkologischer Natur waren. Es wurde unter strengsten aseptischen Cautelen vorgegangen und Hände, Instrumente, Operationsfeld, sowie die Cocaïnlösung in dementsprechender Weise behandelt. Besonders empfohlen wird, dass eine

neben der Patientin stehende Pflegerin derselben während der Injection den Kopf festhält, respective herabdrückt, indem sich die Vf. auf einen erst kürzlich publicirten Fall berufen, wo durch plötzliches Aufrichten der Patientin die Nadel abbrach. Ueberdies sollen die Ohren der Patientin während der Operation mit Watte verstopft und die Augen mit einem Tuche bedeckt werden. Was nun die Erfahrungen betrifft, die in geburtshilflicher Beziehung mit den Cocaïnjectionen in den subarachnoidalen Raum erzielt wurden, so lässt sich im Allgemeinen nur sagen, dass die Cocaïnjectionen nicht wirklich gefährlich sind, ausser vielleicht für das Kind. Wenn unangenehme Zwischenfälle eintraten, so waren sie meist vorübergehender Natur. Bei Mehrgebärenden ist wohl das Chloroform der Medullarnarkose mit Cocaïn vorzuziehen. Ebenso waren die Ergebnisse bei Erstgebärenden nichts weniger als ermutligend, so dass man erst eine weitere grössere Versuchsreihe abwarten muss. Das eine konnte jedoch festgestellt werden, dass der Geburtsact durch Cocaïnjection regelmässig verzögert wurde, das Bewusstsein und die willkürliche Bewegung der Muskeln in keinerlei Weise beeinflusst wurde. Wenn eine Geburt auf instrumentellem Wege raschest beendet werden soll, dann dürfte sich die Medullaranästhesie empfehlen. Jedenfalls hat letztere zumindest den Vortheil, dass die Gebärende die Entbindung durch ihre Mithilfe erleichtern kann, was bei der allgemeinen Narkose ganz entfällt. Was nun die gynäkologischen Fälle der Versuchsreihe betrifft, so war eine vollständige Anästhesie zu verzeichnen. Sie trat so rasch ein, dass man die Patientin noch nicht operationsfertig gelagert hatte. Die Dauer der Anästhesie hängt von der Menge, sowie der Beschaffenheit des Cocaïns ab. Die anästhetische Zone reichte gewöhnlich bis zur Höhe der Brustwarzen, jedoch überstieg sie bei schwächeren Dosen die Nabelhöhe nicht. Von Intoxicationserscheinungen war Erbrechen zu constatiren. Nach 24 Stunden war jede Spur der Cocaïnwirkung verschwunden und waren keinerlei diesbezüglichen therapeutischen Massnahmen nothwendig. — (Med. record., 1901.) Königstein.

Betrachtungen betreffs der Milchsecretion bei Frauen. Von Dr. P. Budin.

Vf. hat seit 1888 eine Reihe von Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt, in welchen sich die Milchsecretion nicht in genügender Menge einstellte und wo er durch die Combination von mütterlicher und künstlicher Ernährung insoferne gute Resultate

erzielen konnte, als sich mit der Zeit ganz spontan die Menge der Muttermilch derart vermehrte, dass sie zur Ernährung des Kindes in genügender Quantität und Qualität vorhanden war. Vf. kam durch seine Beobachtungen zum Resultate, dass, je grössere Anforderungen an die Brustdrüse gestellt werden, auch desto größere Milchmengen secernirt werden. So führt er unter Anderem einen Fall an, wo seit sieben Tagen nicht mehr von der Mutter gestillt wurde und überdies behufs rascherer Coupierung der Milchsecretion Abführmittel eingenommen wurden, am achten Tage aber von der Mutter das Stillen des Kindes wieder aufgenommen wurde und die Milchsecretion nach und nach wieder vollständig in Gang gebracht wurde. — (Obstétrique Nr. 6, 1901.)

Königstein.

Behandlung des Endometriums mit intrauterinen Injectionen.

Von Dr. J. Bársony.

Vf. ist, gestützt auf seine eigenen Erfahrungen, der Meinung, dass kleine subseröse und interstitielle Fibrome nicht operirt zu werden brauchen, da sie zumeist nur sehr langsam wachsen, keine Schmerzen hervorrufen und bei jungen Frauen zumeist auch keine grossen Blutungen zur Folge haben. Während des Klimacteriums kann es wohl zu schweren Blutungen kommen, aber gerade da lehrt die Erfahrung, dass man durch expectative Therapie ebenfalls zum Ziele kommt. Vf. ist der Ansicht, dass von den conservativen Methoden die intrauterinen Injectionen am zweckentsprechendsten sind, da bei diesem Verfahren die Schleimhaut des Uterus überall gleichmässig beeinflusst werden kann, jeder tiefer eingreifende Vorgang, so z. B. Vaporisation, der ein Zugrundegehen der Schleimhaut bezweckt, vermieden werden kann und da dieser Endzweck so in schonender systematischer Weise nach und nach erreicht werden kann. Vf. verwendet concentrirte Jodtinctur zu den Injectionen und führt drei Fälle an, wo er bei schweren klimacterischen Blutungen, durch Fibrome hervorgerufen, mit diesen Injectionen gute Erfolge erzielte. Dieser Umstand veranlasste den Autor, diese Injectionen auch bei Endometritis gonorrhöica in Anwendung zu ziehen. Zu diesem Behufe verwendet er eine verdünnte Lösung von Jodtinctur, um nicht die Uterusschleimhaut zur völligen Nekrose zu bringen und gibt die Injectionen jeden 5.—7. Tag, höchstens jeden vierten Tag. Folgeerscheinungen wurden nicht beobachtet, einfache Katarrhe in auffallend kurzer Zeit geheilt, Gonorrhöe in mehreren Wochen oder Monaten. Die

Injectionen selbst müssen unter strengsten antiseptischen Cautelen vorgenommen werden. — (Orvosi hetilap Nr. 3, 1901.)

Königstein.

Augenheilkunde.

Hemeralopie und Leberpräparate. Von Dr. Bylisma.

Der Autor verweist darauf, daß bereits im Papyrus Ebers und in den Werken Hippokrates die Anwendung der Leber gegen Augenkrankheiten empfohlen worden ist; in neuester Zeit hat Kubli in Petersburg und unabhängig von ihm Frantos auf der Jahresversammlung der französischen ophthalmologischen Gesellschaft in Paris über Heilung einiger Fälle von essentieller Hemeralopie durch Darreichung von Hammelleber gesprochen.

B. verzeichnet zwei eigene Beobachtungen:

Ein 16jähriger Torfschifferssohn klagt seit 5—6 Wochen über auffällig schlechtes Sehen während der Dämmerung, tagsüber sehe er vorzüglich. Bei einer Hypermetropie von 1.5 D. besteht normale Sehschärfe, normaler Spiegelbefund, normale Farbenperzeption, normales Gesichtsfeld. Im Dunkelzimmer bedeutende Hemeralopie. 14tägiger Gebrauch von je 250 g gebackener Hammelleber führt dauernde, vollständige Heilung herbei. — Ein 15jähriger Feldarbeiter ist seit vier Wochen hemeralopisch bei vollständig normalem Augenbefunde. Der Patient bekommt durch fünf Tage je 250 g gebackener Hammelleber pro die und wird hiedurch dauernd und vollständig geheilt. — (Wolfbergs Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 6. Jahrg., Nr. 3.) Dr. J ä n n e r.

Ueber Protargol. Von Dr. Ruppel.

Der Autor macht zunächst darauf aufmerksam, daß die Verschiedenheit der Ansichten, zu denen die Autoren in betreff des Protargols gelangt sind, auf die Verschiedenartigkeit des angewandten Produktes resp. auf Verschiedenartigkeit der bereiteten Lösungen (auf kaltem oder warmem Wege) zurückzuführen ist und kommt auf Grund seiner an 200 Fällen im Zeitraume von über zwei Jahren gemachten Versuchen zu folgenden Schlüssen:

Das Protargol ist bei allen mit starker Sekretion einhergehenden Erkrankungen der Bindehaut das bei weitem wirksamste Mittel. Bei der Dacryocystitis ließen sich durch die einfache Massage des Tränensackes nach Einträufeln von 10—20 % Protargollösung sehr regelnäßig die anderen Verfahren um-

gehen. Bei Blennorrhöe neonatorum leistet Protargol im Verein mit Suplimatspülungen vorzügliche Dienste, nur in sehr schweren Fällen wurde der Argentumstift gebraucht. Speziell fürs Credé'sche Verfahren also als Prophylaxe empfiehlt er Protargol umsomehr, da es ohne jede Gefahr vom Laien eingeträufelt werden kann. Dem Arg. nitr. gegenüber hat das Protargol den Vorzug relativer Reizlosigkeit, größerer Tiefenwirkung bei gleicher antiseptischer Wirkung wie Arg. nitr.; es ist das Protargol baktericid und adstringierend, aber nicht kaustisch, nie verschorfend, erzeugt auch selbst nach längerem Gebrauche keine Argyrose. — (Die Ophthalmolog. Klinik Nr. 17, 1902.) Dr. J ä n n e r.

Ueber Syphilis der Orbita. Von Prof. Dr. W. Goldzieher.

Der Prozeß, von dem die syphilitischen Affektionen der Orbita ihren Ausgang nehmen, ist in der Regel die auf syphilitischer Basis sich entwickelnde Periostitis orbitae — die Periorbitis syphilitica. Nur manchmal tritt sie in der Sekundärperiode der Syphilis, häufiger jedoch im gummösen Stadium der Lues als Spätform auf. G. kommt auf Grund seiner Beobachtungen am Krankenbette zu folgendem Resumé.

Bei jedem rasch wachsenden Exophthalmus wird vor allem an den Orbitalrändern nach Spuren vorausgegangener oder noch bestehender Periostitis zu suchen sein. Eine sehr rasch wachsende und mit einer Verdickung oder gar Geschwulstbildung längs des oberen Orbitalrandes einhergehende Vordrängung des Bulbus ist stets, selbst wo anamnestiche Daten fehlen, auf Syphilis verdächtig. Selbst spontane oder durch Beklopfung oder auf Druck der Orbitalränder oder Schädelknochen hervorzurufende Schmerzhaftigkeit allein ohne Verdickung spricht für Syphilis. Namentlich wichtig sind nächtliche periorbitale Schmerzen. Der Verdacht auf Lues wird bei dem Vorhandensein periostitischer Stellen an anderen Stellen der Schädelknochen bekräftigt und ist in solchen Fällen sofern keine direkte Kontraindikation vorliegt, immer eine antisymphilitische Behandlung einzuleiten. — (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk., Bd. 4, H. 8.) Dr. J ä n n e r.

Das Glaukom und seine Behandlung. Von Prof. C. Haab.

Auf Grund einer kritischen Sichtung einer großen Glaukomstatistik eigener und fremder Beobachtung gelangt H. zu folgenden Schlüssen:

1. Der Glaukopatient soll immer unter ärztlicher Kontrolle stehen;

2. Die Iridektomie ist die zur Zeit wirksamste Operation; beim akuten und subakuten Glaukom ist sie von vornherein die richtigste Operation, bei sehr flacher Vorderkammer kann die vorher ausgeführte Sklerotomie nützlich sein.

3. Je mehr der chronische Charakter sich ausprägt desto mehr muß man der Iridektomie die Sklerotomie, eventuell mehrfach ausgeführt, und die Behandlung mit Mioticis nachfolgen lassen.

4. Beim Glaucoma simplex ist die Iridektomie ebenfalls anzustreben. Je früher das Erkrankungsstadium, desto besser, im späteren Stadium ist wiederholte Sklerotomie vorzuziehen.

5. Immer ist beim chronisch entzündlichen Glaukom und beim Glaucoma simplex der jahrelange Fortgebrauch von Pilokarpineinträufelungen energisch zu empfehlen.

6. Je akuter das Glaukom auftritt umso eher darf man hoffen, durch die bloße Iridektomie das Leiden bleibend zu heilen:

7. Bezüglich des Dauererfolges gestaltet sich die Prognose wie folgt: beim akut entzündlichen Glaukom 77%, beim Glaucoma simplex 71%, beim chronisch entzündlichen Glaukom 56%, beim hämorrhagischen Glaukom 50%, bei bloßer Miotikabehandlung der Glaukomformen 40% relative und gute Heilung. — (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk. Bd. 4, H. 6 u. 7.)

Dr. J ä n n e r.

Vorläufige Mitteilung über die pharmakologische und therapeutische Wirkung des Methylatropinumbromids. Von Dr. Ludwig Vaubel.

Dieses von der Firma E. Merck in Darmstadt als Atropinium methylbromatum in den Handel gebrachte Atropinderivat ist das Bromid des an Stickstoff nochmals methylierten Atropins, entspricht der Zusammensetzung: $C_{18} H_{26} NO_3 Br$, bzw. $C_{16} H_{26} O_3$

$$= N \begin{array}{l} \diagup CH_3 \\ - CH_3 \\ \diagdown Br \end{array}$$
; es hat einen Bromgehalt von 20·84% und krystall-

siert in weißen bei 222—223° schmelzenden Blättchen, die in Wasser und verdünntem Alkohol leicht, in kaltem absoluten Alkohol, Aceton und Chloroform dagegen schwer löslich sind.

Zwei Tropfen einer 1%igen Methylatropinbromidlösung in den Conjunctivalsack einer Katze instilliert rufen schon nach fünf Minuten vollkommene Mydriasis hervor, während die entsprechende Dosis einer 1%igen Atropinsulfatlösung bei der Kontrollkatze erst nach zehn Minuten die mydriatische Wirkung in den

ersten Anfängen geltend macht. Die Pupillendilatation durch Methylatropinbromid dauert vier Stunden und sind binnen sechs Stunden wieder normale Pupillenverhältnisse; beim Atropinsulfat besteht die Pupillenerweiterung noch nach drei Tagen. Genau dasselbe Resultat wurde bei einem zweiten Versuchstier erzielt, dessen I. Auge mit Atropinsulfat, das II. Auge mit dem neuen Mydriatikum behandelt worden ist. Die Wirkung des neuen Mittels auf Herz und Atmung ist eine viel geringere als beim Atropinsulfat, ebenso ist der Atropinrausch ein viel geringerer; die Unterdrückung der sekretorischen Drüsentätigkeit durch das Atropinium methylobromatum (also die Trockenheit im Munde, zusammenziehendes, zusammenschnürendes Gefühl im Rachen, Unterdrückung störender Schweiß) ist nur eine geringfügige. Die nun am Menschen angestellten Versuche ergaben:

1. Zwei Tropfen einer 1%igen Methylatropiniumbromidlösung in den Konjunktivalsack instilliert erwirkten rasch eintretende und rasch vorübergehende Mydriasis (nach 4 Stunden normale Pupille); dieselbe Dosis einer Atropinsulfatlösung erwirkt ebenso rasche Mydriasis die aber ebenso wie die darauf einhergehenden Accomodationslähmung noch nach drei Tagen vorhanden war.

2. 1—2 Pillen zu 0.006 g Methylatropiniumbromid zwischen 8—10 Uhr abends Phthisikern dargereicht unterdrückte ausnahmslos den Morgenschweiß der Phthisiker ohne jede Nebenwirkung. — (Wolfberg's Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 6. Jahrg., Nr. 2.)

Dr. J ä n n e r.

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber Anästhesierung der Schleimhäute mit 25% iger alkoholischer Kokainlösung bei Operationen in der Nase, im Pharynx und Larynx. Von Dr. W. Wróblewski.

W. verwendete in der letzten Zeit zur Erzielung der Anästhesie in Hals und Nase die von Pieniazek schon vor Jahren angegebene, aber wenig bekannt gewordene 25% ige alkoholische Kokaïnlösung (1·0 : 4·0 Spir. vin. rectific.). Der Alkohol wird mit dem Kokaïnpulver in einer Eprouvette über der Spiritusflamme erwärmt, siedet bald (bei 78·3° C.) und löst momentan das Kokaïn; die Lösung bleibt auch nach dem Erkalten vollkommen durchsichtig. Mit sehr geringen Quantitäten vorgenommene, drei-

malige Bepinselung macht die Schleimhaut vollkommen anästhetisch. Das erstemal brennt es ein wenig und bei äußerst empfindlichen Patienten kann man, um auch diesem vorzubeugen, vorerst mit 5% iger wässriger Kokaïnlösung pinseln oder solche zerstäuben. Besonders betont W., daß er niemals Ohnmachtsanfälle oder sonstige auf Kokaïnintoxikation deutende Symptome, wie sie nach Anwendung starker wässriger Lösung (namentlich in der Nase) manchmal auftreten, beobachten konnte. Von den Vorzügen dieser Methode überzeugte sich W. auch bei endolaryngealen Eingriffen, besonders aber bei der gewöhnlich sehr schmerzhaften galvanokaustischen Behandlung der Wülste bei Pharyngitis lateralis sowie beim Morellement der Mandeln. Ein intelligenter Mann mit vergrößerten Mandeln war nach der ersten Operation nicht imstande, anzugeben, welche Stelle schon abgetragen war. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 12, H. 3, 1902.) Weil.

Eine eigentümliche mit Hyperidrosis einhergehende entzündliche Dermatoze in der Nase jugendlicher Individuen. Von Dr. Hugo Herrmann.

H. berichtet über zehn Fälle dieser zuerst von J a d a s s o h n beschriebenen, eigenartigen Erkrankung der äußeren Nase, die an der Neisser'schen Klinik in Breslau beobachtet wurden. Es handelt sich stets um Kinder der ärmeren Bevölkerungsklasse, die schlecht ernährt, anämisch und meist auch in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind. Man findet die Haut des Nasenrückens und der Nasenflügel von zahlreichen, teils einzelstehenden, teils konfluirten, stecknadelkopfgroßen, hellroten, bläschenförmigen Effloreszenzen bedeckt, welche sich feucht anfühlen; beim Anstechen eines solchen Bläschens entleert sich eine minimale Menge einer ziemlich klaren Flüssigkeit. Manchmal sind die Effloreszenzen mehr knötchenartig und man findet dann bei genauem Zusehen auf und zwischen ihnen kleinste Schweißtröpfchen. Die Abgrenzung gegen die normale Haut ist eine ziemlich scharfe. Die Affektion beginnt in der frühesten Kindheit und besteht Jahre hindurch unverändert; da H. aber bei Erwachsenen nie ähnliches gesehen, so schließt er daraus, daß sie allmählig spontan wieder verschwinde. Jede Therapie, wie sie gegen Akne rosacea, Ekzem, Lupus erythematodes u. s. w. angewendet zu werden pflegt, erwies sich als vollständig erfolglos.

Material zur histologischen Untersuchung war nur in zwei Fällen zu gewinnen (bei dem Sitze der Affektion ist dies verständ-

lich) und es wurden nur eirkumscrippte Zellinfiltrationen in der Cutis und erweiterte Gefäße gefunden; die Schweiß- und Talgdrüsen waren normal. Darnach ist die Schweißabsonderung als rein funktionelle Störung aufzufassen. — (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 60, 1902.)

Weil.

Ueber die Heilbarkeit der Rachentuberkulose. Von Dr. J. Veis.

Die Prognose der Rachentuberkulose wurde bis in die neueste Zeit als direkt infaust oder im höchsten Grade dubios bezeichnet. In den letzten Jahren mehren sich aber die Veröffentlichungen geheilter Fälle und Vf. berichtet gleich über fünf solche, von denen aber nur einer histologisch festgestellt wurde; dieser ließ keine Spur einer bestehenden oder früheren Lungenaffektion nachweisen und kann also mit Recht als primäre Rachentuberkulose angesprochen werden. Die Behandlung bestand in Auskratzung, Abtragung überhängender Gewebspartien mit schneidender Zange und wiederholten energischen Aetzungen mit konzentrierter Trichloressigsäure. Als vorzügliches schmerzstillendes Mittel bewährte sich das Orthoform, welches, als 10% iges Pulver aufgeblasen, bis zu 5—6 Stunden dauernde, fast vollständige Analgesie erzeugte. Nach mehreren, in Zwischenräumen von 4—5 Tagen vorgenommenen Aetzungen erfolgte in überraschend kurzer Zeit die Vernarbung der Geschwüre. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 12, H. 3, 1902.)

Weil.

Ueber die Aetiologie und Prophylaxe der merkuriellen Stomatitis und Proktitis. Von Dr. M. Bockhart.

Das chlorsaure Kali, in der gewöhnlichen Weise als Mund- und Gurgelwasser gebraucht, hat sich bei der merkuriellen Stomatitis als gänzlich wirkungslos erwiesen. Unna hat jedoch gezeigt, daß es ein vorzügliches Prophylaktikum gegen diese Affektion ist, wenn es in Substanz als Zahnpulver oder als 50% ige Zahnpasta gebraucht wird. B. hat letztere bei mehr als 2000 Syphilitikern mit ausgezeichnetem Erfolge anwenden lassen; dieser wird verständlich durch die Unna'sche Theorie von der konstanten Mitwirkung der Spaltpilze bei der Entstehung der merkuriellen Stomatitis. Will man also diese wirklich verhüten, so muß man nicht bloß die Zähne mit der Pasta reinigen lassen, sondern diese auch in alle Winkel bringen, in denen die Bakterien der Mundhöhle sich hauptsächlich aufhalten, besonders auch in den engen Raum zwischen dem Zahnfleischrand und den Zähnen, wie auch in die Umgebung der unteren Weisheitszähne; dazu eignen sich

4*

Zahnbürsten von Dachshaaren am besten, da harte Zahnbürsten nicht vertragen werden. Man macht dies 3—4mal täglich, am besten schon einige Wochen vor dem Beginne der Merkurialbehandlung.

Ist die Stomatitis schon aufgetreten, dann nützt die Unna'sche Pasta nicht mehr viel, weil die Kranken sie wegen der Schmerzhaftigkeit des stark entzündeten Zahnfleisches nicht mehr in der richtigen Weise gebrauchen können. In solchen Fällen empfiehlt B. den Gebrauch von Wasserstoffsperoxyd, welches zwar nicht sekretionsbefördernd, wie das Kali chloricum, aber doch energisch oxydierend wirkt. — (Monath. f. prakt. Dermatol., Bd. 34, H. 3, 1902.)
Weil.

Ueber die Indikationstellung der operativen Behandlung der diphtherischen Larynxstenose. Von Dr. G. Alsberg und Dr. S. Heimann.

Die Erfahrungen über die Erfolge der Tracheotomie einer- und der Intubation andererseits sind noch immer nicht vollkommen geklärt; nur so viel ist sicher, daß seit der Einführung der Serumtherapie der Intubation eine hervorragende Stelle eingeräumt werden muß, was die Vff. durch statistische Angaben über mehr als 3300, in den letzten 10 Jahren an der Abteilung des Prof. B a g i n s k y im Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin beobachtete Fälle erhärten. Dort werden im allgemeinen so lange als möglich Inhalationen mittels Dampfsprays und Seruminjektionen in Anwendung gebracht; dann wird intubiert und die Tracheotomie als *Ultimum refugium* angewendet. Anstatt der Metalltuben werden jetzt solche aus Ebonit verwendet, welche 2 bis 4 Tage liegen bleiben und nur in wenigen Fällen behufs jedesmaliger Nahrungsaufnahme herausgenommen werden müssen.

Die primäre Intubation wird bei erheblicher Atemnot dann gemacht, wenn der geringere Grad der Pharynxaffektion hoffen läßt, daß ein blutiger Eingriff vermieden werden kann.

Die primäre Tracheotomie wird im allgemeinen bei schon bestehender Asphyxie gemacht, sowie hauptsächlich dann, wenn die Ausführung der Tubage zu großen technischen Schwierigkeiten begegnet, also bei ganggränöser Diphtherie, wenn es bei der geringsten Berührung stark blutet, bei übermäßiger Schwellung des Rachens, der Tonsillen, der Epiglottis und des Kehlkopfeingangs, dann aber auch, wenn beim Intubationsversuche plötzlich Asphyxie eintritt.

Als Fälle von eigentlicher sekundärer Tracheotomie sind jene zu betrachten, welche vorher schon intubiert worden waren und wo trotz liegender Tube die Atemnot fortbesteht, der Puls frequent, die Respiration angestrengt ist, dann Fälle, wo schwere Pneumonie, exsudative Pleuritis, ausgedehnte Bronchitis hinzutritt, ferner solche mit schweren Herzaffektionen, Zwerchfelllähmung und Schlucklähmung (wegen Undurchführbarkeit längerer Sondenfütterung bei liegender Tube und Gefahr einer Aspirationspneumonie).

Die Kanüle wird im allgemeinen nach sechs Tagen entfernt; bei erschwertem Decanulament wird manchmal die sekundäre Intubation erfolgreich angewendet. Bei Säuglingen hat die Intubation eine schlechtere Prognose wegen der Enge und Zartheit der Teile und des im allgemeinen rapideren Krankheitsverlaufes, ferner auch, weil die erschwerte Nahrungsaufnahme bei Säuglingen größere Gefahren mit sich bringt.

Im allgemeinen muß man nachdrücklich betonen, daß beide Operationen gesonderte Indikationsstellungen haben und nicht rivalisierend einander gegenüberstehen, sondern sich gegenseitig ergänzen sollen. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 33, 1902.)

W e i l.

Dermatologie und Syphilis.

Zu einer Prophylaxe der Tabes und Paralyse. Von Dr. P. Cohn.

Zur Prophylaxe der syphilitischen Infektion überhaupt wäre die Anwendung quecksilberhaltiger Salben vor dem Coitus zu empfehlen, um eine Impregnation des Gliedes mit dem wirksamen Mittel anzustreben; ferner, um auch ein mechanisches Moment mit einwirken zu lassen. Reinigung mit antiluetischer Seife nach jedem Coitus. Ist schon der Primäraffekt da, dann wären passende Quecksilberinjektionen um ihn herum zu machen, um möglicherweise eine Abtötung des Virus in loco zu erreichen. Endlich wäre, wenn schon Durchseuchung des ganzen Organismus platzgegriffen hat, eine Unschädlichmachung des Giftes dadurch anzubahnen, daß man die Kranken periodischen Aderlässen unterzöge, um so zum Teile die das Nervensystem schädigenden Gifte und Giftstoffe aus dem Körper zu eliminieren und anderenteils durch das nachwirkende neugebildete Blut stärkere Giftzerstörer dem Virus entgegenzuführen. — (Dermatol. Zentralbl. Nr. 1, 1902.) H o r o v i t z.

Zur individuellen Prophylaxe der venerischen Krankheiten.

Von Dr. Neuberger.

Ueber Wesen und Verbreitungsart der venerischen Krankheiten besteht noch vielfach Unkenntnis und Verworrenheit in den Köpfen der Kranken selbst, so daß viele Menschen nur dadurch einer Infektion erliegen, weil die Infektionsträger nicht besser unterrichtet sind. Aufgabe der Aerzte ist es, die mit infektiösen Geschlechtskrankheiten Behafteten auf die oft langwierige Verlaufsart der Uebel eindringlich aufmerksam zu machen und den Geschlechtsverkehr, besonders die Ehe, so lange zu verbieten, bis die Uebel behoben, beziehungsweise die Ansteckungsfahr vorüber ist. Durch eigene gedruckte Vorschriften sollten solche Patienten in Kürze belehrt werden, daß die Geschlechtskrankheiten fachmännisch behandelt werden müssen, daß sie oft erst nach langer Behandlungsdauer geheilt werden können und daß nur ärztliches Wissen feststellen kann, wann der Ehekonsens gegeben werden darf. — (Dermatol. Zentralbl. Nr. 2, 1902.) Horowitz.

Hautkrebs. Von J. A. Fordyce. **Vier Fälle von Ulcus rodens behandelt mit Röntgenstrahlen.** Von J. Williamson Pugh. **Lupus erythematosus und Epitheliom behandelt mit Röntgenstrahlen.** Von G. G. S. Taylor. **Drei Fälle von Ulcus rodens nebst Behandlung.** Von Dr. Carle-Lyon.

Nicht die Lokalität, wo das Neugebilde der Haut sitzt, ist für die Malignität entscheidend, sondern sein Bau und die Art seines Wachstums. Bleibt das Neugebilde umschrieben und auf einen kleinen Hautbezirk beschränkt, dann hat es nicht die Neigung, zu metastasieren und kann sehr lange in diesem Stadium verharren, bis es durch äußere Einflüsse seinen Wachstumstypus ändert und nun in die Tiefe dringt und an Flächenausdehnung gewinnt. Die kleinen, umschriebenen Geschwülste können exzindiert werden. Bezüglich der zerfallenden, geschwürsförmigen Epitheliome (Ulcerata rodentia) sind die drei ersten Autoren der Meinung, daß die chirurgische Behandlung von keinem bleibenden Erfolg begleitet ist, daß vielmehr die Röntgenbestrahlung das beste Mittel darstellt. Man kann auch, wie T. es tut, das Neugebilde ausschaben und dann der Bestrahlung aussetzen. Carle hingegen empfiehlt kleinere Ulcerata rodentia zu exstirpieren und größere mit dem scharfen Löffel auszuschaben und mit einer Lösung von Acidum arsenicosum in gleichen Teilen Wasser und Alkohol zu verbinden. — (Journ. of cutan. and. Genito-Urin. Diseases, April 1902; Brit. med. Journ.,

April u. Mai 1902; Annales de Dermat. et Syphiligr. Nr. 7, 1901. Nach Dermat. Zentralbl. Nr. 1, 1902 u. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37, 1902.)

Horowitz.

Ueber Cardoldermatitis. Von Dr. W. Fornet.

In der Fruchtschale des Nierenbaumes-Anakaridium ist ein scharfes Oel, Cardol genannt, enthalten. Bei Berührung der Haut mit diesem Stoffe entzündet sich die Haut in erythemartiger Veränderung, es kommt zur Bläschenbildung und ein Ueberspringen des Erythems auf entferntere Stellen. Die Flecke sind scharf begrenzt gegen die Umgebung, von unregelmäßiger Gestalt und rufen starkes Brennen und Jucken hervor. Es besteht kein Fieber, keine Pulsbeschleunigung. Heilung in einigen Tagen durch Abschuppung. — (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. 60, 1902.)

Horowitz.

Ueber Quecksilberdermatitis und die ihr zugrunde liegenden histologischen Veränderungen nebst Bemerkungen über die dabei beobachtete lokale und Bluteosinophilie. Von Dr. E. Hoffmann.

Therapeutisch wichtig ist das relativ späte Auftreten (acht Tage und sechs Wochen nach der letzten Einreibung) einer Quecksilberdermatitis in Form von umschriebenen rotgefärbten Herden, die von starker lamellöser Abschuppung gefolgt waren, wobei die Epidermis der Hände und Füße in zusammenhängenden Fetzen sich ablöste. In dem einen Falle kam es zu starkem Haarausfalle. Aber auch nach intramuskulärem Gebrauche des Quecksilbers kam es zu erythemartigen und masernähnlichen Ausschlägen, nachdem das Quecksilber schon einige Tage in Zirkulation war. Wichtig ist ferner eine dunkelrote Verfärbung des weichen Gaumens, die zu einer Nekrose der Schleimhaut führte. Im ersten Falle waren auch Veränderungen der Schleimhäute, wie dunkle Rötung, Schwellung und Rhagadenbildung auf den Lippen und im Munde zu konstatieren und ähnliche Veränderungen auf der Schleimhaut der Geschlechtsteile. Dabei vertrugen die Kranken die innerlich gereichten Quecksilberpräparate, wie Hydrargyr. oxydul. tannic. sehr gut. Histologisch waren Wucherung der Basalschichte, kenntlich durch zahlreiche Caryokinesen, Verlängerung der Retezapfen, starke Verdickung der meist unter Mangel einer Körnerschicht gebildeten lamellösen, oft kernhaltigen und von eiweißreichem Exsudat durchsetzten Hornschicht in der Epidermis zu gewahren; während im Corium Verlängerung der Papillen, Erweiterung der papillären und subpapillären Gefäße, Rundzelleninfiltrate mit auf-

fallend vielen eosinophilen Zellen zu sehen waren. Eosinophile Zellen waren ferner in Gefäßdurchschnitten und in den interspinalen Räumen der Epidermis zu finden. Entsprechend der lokalen Eosinophilie war auch im Blute die Zahl der eosinophilen Zellen vermehrt. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39 u. 40, 1902.)

H o r o v i t z.

Pruritus ani. Von E. Andrews.

Jeder Juckreiz schwindet auf hohe Temperatur hin; die Temperatur kann so hoch sein, daß sie eben noch vertragen wird. Daher wird ein Instrument in die Afteröffnung gegeben, durch welches ein hochtemperiertes Wasser strömt. Diese Art der Applikation kann stundenlang währen und so kann das Uebel auch ganz behoben werden. — (Jour. of the Amer. med. Association, Jul 1902; nach Dermatol. Zentralbl. Nr. 2, 1902.)

H o r o v i t z.

Beiträge zur Kenntnis des Bubo inguinalis und den Wert einiger Bubonenbehandlungsmethoden. Von Axel Cederentz. (Dermatologische Klinik Breslau.)

Die von chirurgischer Seite empfohlene frühzeitige Total-exstirpation der Leistenknoten nach Ulcus molle wird abgelehnt, da der Eingriff kein harmloser ist und oft genug ödematöse Schwellungen der zugeordneten Lymphwurzelgebiete nach solchen Operationen beobachtet werden. Vielmehr wird die expektative und konservative Behandlung empfohlen. Dazu gehört die Anwendung heißer Sandsäcke, Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Alkoholumschläge und im Beginn Eisumschläge. Ist Fluktuation zu gewahren, so wird punktiert mit 1—2% iger Lapislösung nach Lang v. 10 % ge Jodoformvaseline eingespritzt. Nur wo diese Therapie zu keinem Resultate führt, wird inzidiert und der Drüsenabszeß ausgelöffelt. Die Heilungsdauer der operierten (inzidierten und excochleierten) Fälle dauert 4—6 Wochen. — (Therapie d. Gegenw., August 1902.)

H o r o v i t z.

Urologie.

Ueber Tuberculose der Harnblase und Prostata. Von Dr. L. W. Kohn.

45 Jahre alter Patient aus vollständig gesunder Familie. Vor zwölf Jahren kurz andauernde Harnbeschwerden, vor neun Jahren Auftreten einer leichten Urethritis. Die jetzige Krankheit setzte vor drei Jahren ein. Häufiger Harndrang, Urin trübe, die letzten

Tropfen werden mit grossen Schmerzen entleert. Es wurde bongirt, doch ohne Erfolg. Eine metallische Sonde ruft in prostatiscben Theil unsagbare Schmerzen hervor, geht nicht weiter; ein weicher Katheder passirt diese Stelle, ruft ebenfalls Schmerzen hervor. Keine Strictur. Im Harnsediment Eiterkörperchen. Rechter Lappen der Prostata hart, linker fehlt beinahe ganz; linke Samenblase vergrössert, hart, die rechte ist nicht zu palpiren. Instillation von Argent. nitr. verschlimmert den Zustand. Das Sediment enthält Koch'sche Bacillen. Heilung nach lange fortgesetzten Sublimatinstillationen. — (Med. Obosrenje, Bd. 57, p. 455.) N.

Zur Prostatomonose. Von Dr. Ch. Audry.

Für Fälle, bei welchen es sich um eine weiche, hochsitzende, diffus hypertrophirte Prostata handelt, empfiehlt Vf. ein Verfahren, das er Prostatomonose ($\mu\sigma\nu\sigma\omega$ = isoliren) nennt, und das ihm in einem Falle von grossem Nutzen war. Durch einen prärectalen Schnitt geht er bis auf die Prostata ein und sucht dieselbe vollständig zu isoliren; gelingt dies nicht vollständig, so wird eine Incisio suprapubica gemacht und von oben die Prostata nach Isolirung von der Umgebung in die Perinealwunde herabgedrängt. Sie hängt sonach nur noch an den Ureteren. Durch diese Lostrennung aus ihrer Umgebung soll eine rasche Schrumpfung eintreten. Am 35. Tage war Heilung eingetreten, der Kranke urinirte leicht, der Urin war klar. — (Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie, Nr. 61, 1902.) N.

Beitrag zur Statistik der Bottini'schen Prostatadiscision. Von Dr. Böng.

Vf. führte die Prostatadiscision nach Bottini an 25 Personen aus. Die allgemein übliche Lagerung der Kranken während der Operation hält R. für erlässlich. Die kurze Dauer und die Schmerzlosigkeit des Eingriffes, ferner das vielen Menschen innewohnende Angstgefühl vor dem Operationstisch, die bessere Controle per rectum während der Operation sind die Veranlassung hiezu gewesen. Keine Todesfälle.

Nach ausführlicher Stuhlentleerung folgt Blasenspülung, dann Einführen des Incisors und Festhaken desselben hinter die Prostata unter gleichzeitiger Direction des ins Rectum eingeführten Zeigefingers.

Die Tiefe der Schnitte richtet sich nach dem Volumen der Drüse, welches genau durch Cystoskopie und Exploration per rectum bestimmt ist.

Da nun die Grösse des Winkels, welchen der Schaft des eingeführten Instrumentes mit der Verticalen bildet, im umgekehrten Verhältnisse zur Grösse der Prostata steht, so ist der Schaft während der Operation in entsprechender Weise zu heben. Die Nichtbefolgung dieser Vorschrift dürfte nach R. den negativen Erfolg verursachen. Sind alle sonstigen Vorbereitungen getroffen, so wird je nach Bedürfniss incidirt, resp. discidirt.

Nach der Operation legt Vf. bei trübem Urin für einige Tage einen möglichst starken, wenn es geht, Weichgummikatheter ein, und spült die Blase mit Acid. horic.-Lösung aus oder injicirt einige Cubikcentimeter Argent. nitr.-Lösung.

Bis zum Herbst 1901 operirte R. 23 Fälle von Prostatahypertrophie, darunter vier mit chronischer absoluter und 19 mit chronischer relativer Retention, wozu auch völlige vorübergehende Harnverhaltung gerechnet wurde.

Von den vier Operirten der ersten Kategorie sind entsprechend der jetzt allgemein üblichen Begriffsbestimmungen geheilt drei, ungeheilt einer; von den 19 der zweiten geheilt neun, gebessert sechs, ungeheilt vier.

In den vier Fällen chronischer absoluter Retention war der Erfolg, wie erwähnt, dreimal positiv, d. h. einige Zeit nach dem Eingriffe war das spontane Uriniren möglich, die Mictionsfrequenz nahm bedeutend ab und der Residualharn sank auf ein Minimum. In dem ungeheilten Falle betrifft der negative Erfolg einen seit Jahren an völliger Harnverhaltung leidenden Patienten. Residualharn 600—700 cm³, trüb. Prostata in allen Dimensionen vergrössert, steinhart. Cystoskopische Untersuchung: Schleimhaut schmierig belegt, rechter und linker Prostatalappen kugelig vorspringend. Trotz zweimaliger Operation sank die Menge des Restharnes nicht herab, der Kranke musste sich nach wie vor des Katheters bedienen. Die 19 Fälle chronischer relativer Harnverhaltung wiesen ein Heilungspercent von 47·3%, eine Besserungsquote von 31·5% auf und blieben in 21% ohne Erfolg. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31, 1902.)

N.

Kinderheilkunde.

Ueber den Stickstoff-Stoffwechsel bei einem an adipositas nimia leidenden Kinde mit besonderer Rücksicht auf die Abmagerungskuren. Von Dr. E. Hellesen.

Die Untersuchungen wurden an einem 12¹/₂jährigen, an Adipositas nimia leidenden Mädchen von 48 kg Gewicht und 1·41 m Körperhöhe angestellt, und zwar in Perioden mit wechselnder Kost. Das Kind wurde zuerst auf eine Kost gesetzt, bei der es sich fast vollständig in Nahrungsbilanz befand. Dann wurden sukzessive von dieser Kost, soweit möglich, isodynamische Mengen von Kohlehydraten und Fett weggenommen, bei gleichbleibender Eiweißmenge. Endlich wurden Versuche mit stärkerer Unterernährung vorgenommen, indem die erwähnten Mengen von Fett und Kohlehydraten gleichzeitig in Abfall kamen. Bei dieser Kostherabsetzung wurde der Versuch gemacht, die Eiweißzufuhr zu erhöhen. Stickstoffanalysen wurden sowohl im Harn und Stuhl, als in allen Nahrungsmitteln, in diesen auch die Kohlehydratbestimmung vorgenommen.

Aus den Versuchen geht hervor, daß es während des Wachstums schwer ist, bei Unterernährung den Organismus gegen Stickstoffverlust zu schützen. Der Verlauf einer Abmagerungskur scheint beim Kinde am günstigsten, wenn man hauptsächlich in der Fettzufuhr eine Einschränkung macht, und zwar bis zu einer Kalorienmenge, die nicht geringer ist, als vier Fünftel vom Kalorienwerte der Bilanzkost. — (Monatschr. f. Kinderheilk., Bd. 1, Nr. 2.)

Zur Gelatinebehandlung bei Melaena neonatorum. Von E. Oswald.

Im Baseler Frauenspital kamen seit 1896 unter zirka 6500 Geburten fünf Fälle echter Melaena neonatorum zur Beobachtung, von denen zwei mit Gelatine, drei ohne diese (darunter ein Todesfall) behandelt wurden. Trotzdem die Erfolge bei beiden Behandlungsmethoden fast dieselben waren, spricht sich Autor für die Gelatinebehandlung besonders in verzweifelten Fällen aus, da die subjektive Ansicht bei ihm vorhanden ist, daß dieselbe lebensrettend wirkt. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47, 1902.)

Thymushypertrophie und Thymustod. Von J. Lange.

Abgesehen von den relativ seltenen Fällen von Thymustod infolge von Kompression der Trachea, kommen nicht so selten Fälle

von Störung der Herztätigkeit durch Druck der vergrößerten Thymus auf die großen Gefäße vor. Ein von einem achtmonatlichen Kinde, das plötzlich verstorben ist, stammendes Präparat, zeigt die dadurch entstehende Hypertrophie und Dilatation, die unter dem Einfluß verstärkter Inanspruchnahme des Herzens zum Herztod führen kann. Von einem sogenannten Status lymphaticus ist hier nicht die Rede. Außer diesen perakut verlaufenden Fällen gibt es solche, wo vorher eine Diagnose und eventuell eine Therapie möglich ist.

Zwei kurze Krankengeschichten erläutern diese Verhältnisse. Die Symptome der Kompression der großen Gefäße sind: Zeichen von Herzangst, Unruhe, Schlaflosigkeit, Schreien und Nahrungsvorweigerung, Hypertrophie und schließlich Dilatation des Herzens bei nachweisbarer Thymusdämpfung; zuweilen Herzklopfen, Cyanose, Ueberschnappen der Stimme und Trachealstenose.

Die zu versuchende Therapie bestünde in Chloral etc. zur Beruhigung, in manchen Fällen Jodkali. — (Vortrag i. d. Gesellschaft f. Kinderheilk., 1902, nach Jahrb. f. Kinderheilk.)

Medizinische Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. Von J. Comby.

Mit Bezugnahme auf eine frühere Publikation über Spontanheilung einer tuberkulösen Peritonitis, bespricht C. weitere ähnliche Beobachtungen. Ein 8½ Jahre altes Mädchen, das neben exsudativer Peritonealtuberkulose eine Tuberkulose der rechten Lunge und eine Knochentuberkulose am Zeigefinger der rechten Hand, sowie Fungus des einen Ellenbogens zeigte, war stark abgemagert, appetitlos und dauernd fiebernd. Innerhalb acht Monaten trat allein durch hygienische und medikamentöse Maßnahmen vollkommene Heilung ein. In einem anderen Falle handelte es sich um ein zehnjähriges Mädchen. Kein Fieber, mäßiger Appetit, mäßiger Ascites, doch deutliche Drüsenschwellung von der Form veritabler Tumoren. Schon nach einigen Monaten auffallende Besserung, nach acht Monaten blühender Gesundheitszustand. Im dritten Falle war ein sieben Jahre alter Knabe an trockener fibröser Peritonitis tuberculosa erkrankt; hochgradiger Meteorismus, heftige Schmerzen, auffallende Blässe, Abmagerung, nachweisbare Knoten. Nach wenigen Monaten völlige Heilung.

Ein großer Teil von Peritonitis tuberculosa des Kindes- und Jünglingsalters ist nach C. einzig und allein durch hygienische Maßnahmen heilbar. Die Faktoren, welche die interne Behand-

lung der Krankheit ausmachen, setzen sich zusammen aus absoluter Bettruhe durch Wochen und Monate, Sorge für frische Luft und Sonnenlicht, Berücksichtigung der Diät (Milch, Eier, rohes Fleisch, Fleischsaft, Gemüsepurée etc.), Aufenthalt auf dem Lande, an der See, eventuell auch im Winter. Von medikamentösen Mitteln kommen in Betracht: Lebertran mit und ohne Kreosot, glyzerinphosphorsaurer Kalk, Kreosotölklystiere, Einreibungen des Abdomens mit Jod oder grüner Seife. — (Vortr. i. d. Gesellsch. f. Kinderheilk. 1902, nach Jahrb. f. Kinderheilk.)

Zahnheilkunde.

Die Anwendung des Nebennierenextracts in der Zahnheilkunde.

Von Prof. Sauvez.

Blutstillende Mittel werden in der zahnärztlichen Praxis häufig benöthigt. Gefürchtet sind die Blutungen nach Zahnextraction bei Hämophilen, störend sind ferner die Blutungen aus dem Wurzelcanal nach Extraction der Pulpa und Zahnfleischblutungen bei Operationen am Zahnhalse. Das Adrenalin hat sich als Hämostaticum erster Ordnung, als „vaso-constrictor de premier ordre“ bewährt. Am besten lässt sich diese Wirkung bei Augenoperationen beobachten, bei welchen das Extract ebenso wie in der Rhinologie bereits vielfach angewendet wird. Es unterstützt die anästhesirende Wirkung des Cocaïns in vorzüglicher Weise, indem es diesem ermöglicht, auf ein völlig blutleeres Gewebe einzuwirken. Wir verfügen ferner bereits über eine grössere Anzahl von Fällen, in denen das Nebennierenpräparat bei Application per os oder per rectum sich auch als internes Hämostaticum bewährte. So erzielten *Kenworthy* bei Lungenblutung, *Fenwick* und *Adam* bei Magenblutungen, *Holt* bei Darmblutung günstige Erfolge. In der Zahnheilkunde wurde es zuerst von *Carpentier* bei Alveolarblutung nach Extraction angewendet. Sauvez verfügt über eine dreimonatliche Erfahrung, ist aber trotz der kurzen Beobachtungsdauer mit dem Mittel so zufrieden, dass er es wärmstens empfiehlt; auch die Zahnärzte *Watson* und *Peters* berichten über gute Erfolge. Man verwendet es zur Tamponade der leeren Alveolen nach Zahnextraction, bei Verdacht auf Hämophilie wird es sich empfehlen, schon vor der Extraction das Operationsfeld durch Adrenalin blutleer zu machen. Bei Halscaries, bei Approximalcaries stillt es die Blutungen aus der entzündeten Interdentalpapille, bei Behand-

lung der Gingivitis und Periostitis, nach Extraction der Pulpa leistet es gute Dienste. Nicht zu unterschätzen ist auch die local anästhesirende Wirkung des neuen Mittels; einerseits wird das Operationsfeld schon durch die Ischämie anästhetisch, anderseits vermag Cocaïn umso besser zu wirken, je weniger congestionirt die Gewebe sind, wie ja auch in der Augenheilkunde abwechselnde Instillationen von Cocaïn und Adrenalin vielfach mit bestem Erfolge gebraucht werden. — (L'Odontologie, Vol. XXVIII, Cah. 14.)

R. Kronfeld.

Adrenalin. Von E. Kollbrunner.

Das aus der Portio medullaris der Nebenniere hergestellte Präparat bewirkt eine ausserordentlich prompte Zusammenziehung der Arterien, die nach Prof. Cleghorn (Hartford) auf einer directen Muskel- und nicht Nervenreizung beruht. Auf die energische Contraction folgt eine relative Dilatation, welche zu profusen Nachblutungen Anlass geben kann. In der Augenheilkunde und namentlich bei Operationen in der Nase und deren Umgebung findet das Nebennierenextract bereits ausgedehnte Verwendung, häufig in Verbindung mit Cocaïn, wodurch die Stelle vollkommen blutleer und anästhetisch wird. Die Sol. Adrenalini hydrochl. ist in einer Concentration von 1:1000 in den Apotheken erhältlich. Nach Jung findet sie in der Zahnheilkunde Anwendung bei Blutungen nach Zahnoperationen und anderen Wundoperationen, bei entzündetem Zahnfleisch, bei Pulpitiden, um das entzündete Organ zu entleeren und dadurch schmerzstillend zu wirken, als locales Anästheticum und als prophylaktisches Mittel gegen Blutung des Zahnfleischrandes beim Einpassen der Bänder von Kronen- und Brückenarbeiten. Bezüglich der Nachblutungen ist jedenfalls Vorsicht angezeigt, da nach Nasenoperationen öfters 2—6 Stunden, ja selbst einige Tage nach der Operation profuse Blutungen auftreten. — (Schweiz. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., Bd. 12, Nr. 7.)

R. Kronfeld.

Kleine Mitteilungen.

Vergiftung mit Adrenalin. Von O. Fürth. Um die Blutung nach einer Urethrotomia interna zum Stillstande zu bringen, hatte der Arzt Adrenalin in die Harnröhre injiziert. Die Blutung stand bald, doch plötzlich traten schwere Vergiftungserscheinungen, Kollaps, Tremor der Extremitäten auf. Erst nach einigen

Stunden klangen die Symptome ab. F. macht darauf aufmerksam, daß das Adrenalin in reinem Zustande und bei möglicher rascher Resorption hochgradig giftig sei, was noch nicht genügend von den meisten Aerzten gewürdigt werde. (Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 42, 1902.)

Eine alte diätetische Behandlung des akuten Schnupfens.

Von Privatdozent Dr. M. Sternberg. Vf. erinnert an eine in Vergessenheit geratene Methode der Behandlung des Schnupfens, welche von J. B. Williams im Jahre 1840 angegeben wurde: „Die Methode, einen Katarrh schnell zu beseitigen, besteht in der Austrocknung desselben“, d. h. man muß die Flüssigkeitszufuhr vermeiden. St. hat dieses Prinzip Williams' durch mehrere Jahre erprobt, auch an sich selbst und stets mit vollständigem Erfolge. Es verschwindet sofort der Ausfluß aus Nase und Konjunktiva und St. stimmt mit Williams auch insoferne überein, als er diese Behandlungsweise als beste Prophylaxe gegen die Ausbreitung des Katarrh's insbesondere gegen die Otitis media ansieht, welche letztere Komplikation wohl in den meisten Fällen nicht durch Uebergreifen der Entzündung per contiguitatem, sondern durch das Hineinschleudern des infektiösen Sekretes in die Paukenhöhle hervorgerufen wird. Es ist unbedingt nötig, daß sofort, im Beginne des Leidens die Flüssigkeitsentziehung einsetze. Im Laufe des Tages ist höchstens ein Weinglas voll, Wasser oder Rotwein, gestattet. Suppe, Kaffee, Tee werden weggelassen. Da der sonst den Schnupfen begleitende Durst bei der Koupierung der Sekretion aufhört, ist dieses Regime bequem durchzuführen. Als Kontraindikation ist die chronische Nephritis zu betrachten. (Zeitschr. f. diät. und physik. Therapie, November 1902.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Helmitol. Hexamethylentetramin der Anhydromethylenzitronensäure, also ein Derivat des Urotropins, dessen Fähigkeit, im Organismus Formaldehyd abzuspalten, es in verstärkter Masse aufweist. Es bildet farblose Krystalle, welche in Wasser mit saurer Reaktion löslich sind. Die Abspaltung des Formaldehyds erfolgt nur sehr langsam in Säuren, leicht durch Alkalien, namentlich beim Durchgang durch den Körper. Anwendung wie Urotropin.

Theocin neues Diureticum, siehe Seite 25.

Bei Blepharitis seborrhoica:

Rp. Flor. sulfur. 1·0
 Acid. salicyl. }
 Resorcini resublim. } āā 0·1
 Vaselini }
 Lanolini } āā 5·0
 M. f. ungt. D. S. Lidsalbe.

Bei Lumbago:

1. Rp. Methyl. salicyl. 20·0
 Chloroformi 10·0
 Ol. olivar. 70·0
 D. S. Zur Einreibung.
 2. Rp. Acid. salicyl. 4·0
 Methyl. salicyl. 10·0
 Ol. eucalypti } āā 5 0
 Ol. macidis }
 Ol. salviae 3·0
 Ol. camphor. 30·0
 Spir. juniperi 120·0
 D. S. Zur Einreibung.
 3. Rp. Mentholi } āā 2·0
 Guajacoli }
 Spir. vin. conc. ad 50·0
 D. S. Zum Einpinseln.

Bei schmerzhaftem Zahndurchbruch:

Rp. Acid. citric. }
 Aq. destill. } āā 0·5
 Cocaïn mur. 0·1
 Syr. cort. aur. 20·0
 Tinct. vanillae gtts. XII
 D. S. Zum Einreiben des Zahnfleisches.

Bei Hyperidrosis manuum:

1. Rp. Betanaphtholi 1·0
 Bismuth. subnitri. } 20·0
 Zinc. oleinic. }
 Talc. venet. 60·0
 D. S. Streupulver.
 2. Rp. Alumnoli } āā 4·0
 Aristoli }
 Amyl. tritic. 15·0
 D. S. Streupulver.
 3. Rp. Tannoformii } āā 10·0
 Dermatoli }
 Amyl. oryz. } āā 40·0
 Talc. venet. }
 M. f. pulv. D. S. Streupulver.

Bücher-Anzeigen.

Herzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Therapie. Von Sir William H. Broadbent. Nach der dritten Auflage des Originals deutsch bearbeitet von Dr. Ferdinand Kornfeld in Wien. Mit 28 Textfiguren. Stüber's Verlag. Würzburg 1892.

Die deutschen Aerzte werden dem Uebersetzer Dank wissen, daß er sie mit diesem Buche bekannt gemacht hat. Jedermann, der das Werk liest, wird die Worte des Uebersetzers, „es ist ein Buch, das für den Kliniker und für den praktischen Arzt in gleicher Weise eine Fülle interessanter und ungemein wissenswerter Details birgt, wie sie sich kaum in einem zweiten Werke in solcher Reichhaltigkeit finden“, wahr finden. Broadbent ist ein Meister der Beobachtung und ein Meister der Darstellung. Die Uebersetzung ist eine ausgezeichnete. Druck und Ausstattung sind nett.

Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Dr. Emil Schwarz. — Verlag von Moritz Perles.
 Druck von Johann N. Vernay in Wien.

(Aus dem Kaiser Franz Josef-Ambulatorium [Abteilung Dr. Gassner].)

Zur Pathogenese und Therapie der nervösen Dyspepsie.

Von **Dr. Walter Zweig**

Spezialarzt für Magen- und Darmkrankheiten in Wien.

(Schluß.)

In den meisten Lehrbüchern der Magenkrankheiten wird bei Besprechung der Behandlung der nervösen Dyspepsie die Prophylaxe überhaupt nicht erwähnt. Und doch glaube ich, daß gerade auf diesem Gebiete dem Wirken der praktischen Aerzte, welche die körperliche Entwicklung ihrer Patienten von Jugend auf zu verfolgen Gelegenheit haben, sich ein dankenswertes Feld der Tätigkeit eröffnet. Nach unseren obigen Anschauungen über das Wesen der nervösen Dyspepsie werden wir bei denjenigen Mitgliedern der Familie, bei welchen sich schon frühzeitig eine gewisse Labilität des digestiven Nervensystems zeigt, vorsorgend jene Schädlichkeiten zu eliminieren trachten, welche erfahrungsgemäß die nervöse Dyspepsie zur Auslösung bringen. Hieher gehören vor allem sexuelle Schädlichkeiten aller Art, Abusus in venere, Masturbation, Coitus reservatus, sowie organische Erkrankungen der Sexualsphäre, welche besonders beim weiblichen Geschlecht einer sorgfältigen Behandlung zuzuführen sind, damit nicht von da aus reflektorisch Neurosen des Magens entstehen können. Solche Individuen sind auch auf die schädlichen Folgen eines übertrieben ausgedehnten gesellschaftlichen Lebens mit seinen üppigen Gelagen aufmerksam zu machen, da sich nicht zu selten an akute Ueberladungen des Magens schwere nervöse Dyspepsien anzuschließen pflegen. In Familien, in welchen der sogenannte „schwache Magen“ erblich zu bestehen scheint, werden wir durch diätetische Verordnungen zu verhindern suchen, daß eine Störung in der regelmäßigen Verdauungsarbeit eintrete. Besonderes Augenmerk werden wir schließlich denjenigen Personen zuwenden müssen, welche die Zeichen der Enteroptose darbieten, da wir wissen, daß auf dem Boden dieser Lageanomalie nicht selten nervöse Dyspepsien sich entwickeln. Es wird empfehlenswert sein, solche Personen in ihrem Ernährungszustand zu heben, da erfahrungsgemäß

muskelkräftige und fettreiche Individuen viel seltener den Gefahren der nervösen Dyspepsie ausgesetzt sind.

Alle therapeutischen Behelfe bei der Behandlung der nervösen Dyspepsie schildern, hieße eine Uebersicht über alle Mittel moderner Nervenbehandlung darstellen. Man muß bei der Behandlung dieser funktionellen Neurose über alle Mittel verfügen, welche uns auch sonst bei der Therapie der Nervenkrankheiten zur Verfügung stehen. Ich will deshalb im folgenden bloß in Form von aphoristischen Bemerkungen jene Methoden schildern, welche speziell der Bekämpfung der Magen-neurose als solcher gelten.

Bei der Behandlung der nervösen Dyspepsie machen wir in erster Linie von diätetischen Verordnungen, dann von medikamentösen Mitteln und endlich von physikalischen Methoden Gebrauch.

Was den Wert von diätetischen Maßnahmen betrifft, so herrscht in Bezug auf die Wichtigkeit derselben noch keineswegs volle Uebereinstimmung. Von mancher Seite wird sogar methodisch die Verordnung einer vollkommen unausgesuchten, selbst schwer verdaulichen Kost verordnet und dabei auf die Erfahrung der Patienten hingewiesen, daß sie zu manchen Zeiten alles, selbst schwerstverdauliche Speisen beschwerdefrei zu essen imstande sind, während zu anderen Zeiten selbst bei der blandesten Diät schwere dyspeptische Symptome bestehen. Ich glaube, daß wir bei der Behandlung der nervösen Dyspepsie von dieser Erfahrung der Kranken keinen Gebrauch machen sollen, vielmehr möglichst genaue Diätverschreibungen anwenden müssen, welche sich nach der jeweilig bestehenden Funktionsstörung zu richten haben. Wir sind durch eine fortgesetzte, methodische diätetische Behandlung sehr wohl imstande, sowohl Motilitäts-, als auch Sekretionsanomalien sehr günstig zu beeinflussen und vor allem gewisse Schädlichkeiten zu eliminieren, denen die Patienten mit freigegebener Diät stets ausgesetzt sind. Wir finden nämlich, wie schon oben erwähnt, nicht zu selten, daß an akute Dypepsien sich langwierige Neurosen anzuschließen pflegen, welche sich bei einer sorgfältig zusammengesetzten Diät vermeiden lassen. Allerdings sollen wir bei einem so exquisit chronischen Zustande, wie es die nervöse Dyspepsie ist, nicht allzu drakonische Eingriffe in die Kostordnung der Patienten uns erlauben, um die schon ohnehin ängstlichen Kranken nicht noch mehr in ihrer Lebensfreude zu stören.

Bei den fast ausnahmslos bestehenden Ernährungsstörungen, welche die konstantesten Begleiterscheinungen der nervösen Dyspepsie darstellen, wird es sich bei der großen Mehrzahl dieser Kranken um die Einleitung einer Mastkur handeln. Gewöhnlich machen wir dabei von einer Eiweiß-Fettmast Gebrauch, während wir auf eine besondere Steigerung der Kohlehydratezufuhr nur in bestimmten Fällen Wert legen. In Bezug auf die Qualität der Nahrungsmittel richten wir uns stets nach den bestehenden Funktionsstörungen.

Bei der Hyperacidität führen wir reichlich Fett in Form von frischer Butter, Sahne, Kefir, weichem Käse (Camembert, Gervais, Topfen), Mehring'scher Kraftschokolade, Prometheuscacao, Sardinienöl etc. zu. Experimentelle Untersuchungen von Strauß und Aldor, denen ich mich vollkommen anschließen kann, haben ergeben, daß es durch reichliche Fettzufuhr gelingt, die Acidität bedeutend herabzusetzen. Weiters eignet sich für solche Kranke die Verwendung von Zucker, der eine Transudation von neutraler, respektive alkalischer Flüssigkeit in das Magenlumen hervorruft und dadurch eine Herabsetzung der Acidität bewirkt. Der Zucker wird in Form von Honig, Kompots, Fruchtgelées etc. zugeführt. Wir besitzen also in der Verwendung von Fett und Zucker zwei ausgezeichnete Mittel, um einerseits die Hyperacidität zu bekämpfen, andererseits, um dem geschwächten Organismus hochwertige Nahrungsmittel zuzuführen. Allerdings ist die Anwendung des Fettes und des Zuckers an die Bedingung geknüpft, daß keine schwereren Motilitätsstörungen gleichzeitig bestehen, da es sonst infolge von Fettsäure- und Hefegärung zu starken subjektiven Beschwerden kommen kann. Was die Zufuhr von Eiweiß bei Hyperacidität betrifft, so unterliegt dieselbe keiner Beschränkung, nur werden wir jene Eiweißsubstanzen verbieten, welche zu einer Vermehrung der Acidität führen. Dahin gehören alle schwarzen Fleischsorten, welche reich an Extraktivstoffen sind. Zu bevorzugen wären die weißen Sorten, wie Kalbfleisch, Kalbshirn, Kalbsbries, Huhn, Taube, Fische etc. Eier und Milch eignen sich vorzüglich für die Diät Hyperacidier. In vielen Fällen wirkt bei Hyperacidität ein mehr vegetarisches Regime vorzüglich, doch werden mit Rücksicht auf die herabgesetzte Ernährung der Patienten Eier, Milch, Käse etc. in der Diät nicht fehlen dürfen.

Zusammenfassend werden wir daher als Grundprinzip der

Ernährung Hyperacider die Forderung aufstellen, eine eiweißreiche, aber fleischarme Kost zu verordnen und im Falle einer gut erhaltenen Motilität reichliche Fett- und Zuckerzufuhr befürworten.

Wesentlich verschieden von der eben geschilderten, wird die Diät in den Fällen nervöser Anacidität, respektive der *Achylia gastrica* beschaffen sein müssen. Bei dieser Funktionsstörung leidet die proteolytische Tätigkeit des Magens in erster Linie, während die Verdauung der Kohlehydrate und Fette ungestört vor sich geht. Es werden deshalb die Eiweißkörper bloß in feinst verteilter, leicht verdaulicher Form zugeführt werden dürfen, das Fleisch in gewiegtem, hachiertem Zustand nach Befreiung von allen zähen und faserigen Bestandteilen. Auch die zahlreichen künstlichen Eiweißnährpräparate (Plasmon, Nutrose, Somatose, Tropon etc.) eignen sich vorzüglich zur besseren Ernährung bei derartigen Zuständen. Die Zufuhr von Kohlehydraten erfordert ebenfalls eine gewisse Vorsicht. Durch das Fehlen der eiweißverdauenden Kraft des Magens werden nämlich die eiweißhaltigen Gerüstsubstanzen (Kleber), welche die Stärkekörner einhüllen, nicht gelöst und dadurch leidet indirekt auch die Verdauung der Amylaceen. Es wird deshalb notwendig sein, die Kohlehydrate in aufgeschlossenem Zustand zu reichen, d. h. künstlich, am besten durch den Mahlprozeß, die Hüllen der Amylumkörner zu sprengen. Die Industrie stellt eine große Menge derartiger aufgeschlossener Mehle dar, in welchen der größte Teil der Stärke in leicht löslichem Zustande enthalten ist. Wir nennen hier vor allem die Knorr'schen und Hartenstein'schen Leguminosenmehle, dann Rademanns, Kufekes Mehl, sowie Theinhardts Hygiam. Diese Mehle stellen, mit Milch bereitet, sehr nahrhafte, für die Fälle von nervöser Anacidität besonders geeignete Getränke dar.

Die Zufuhr von Fetten richtet sich bei der Anacidität nach denselben Grundsätzen, wie bei der Hyperacidität, d. h. sie ist von dem Erhaltensein der motorischen Leistungsfähigkeit des Magens abhängig. Solange die letztere in den Fällen von *Achylia gastrica* erhalten bleibt, gelingt es mit Leichtigkeit, durch eine sorgfältig ausgewählte Diät den Ernährungszustand der Patienten zu heben und einen entsprechenden Fettansatz zu erzielen. Erst in dem Augenblick, wo die motorische Kraft des Magens zu erlahmen beginnt, wo die in Magen stagnierenden, nicht genügend

vorverdauten Nahrungsreste den Darm reizen und Diarrhöen hervorrufen, von diesem Moment an geht es mit den Kranken rapide abwärts und sie können durch die häufig unstillbaren Diarrhöen in einen Zustand äußerster Inanition gelangen. Die Kranken bieten dann häufig einen derartig kachektischen Anblick dar, daß im Zusammenhang mit dem Befund einer Achylia gastrica oft fälschlich die Diagnose eines Magenkarzinoms gestellt wird. Nur die längere Beobachtung und die konstante Gewichtszunahme bei vorsichtigster Diät klären diese oft schwierig deutbaren Krankheitsbilder auf. Bei der Zusammenstellung einer entsprechenden Diät wird man in diesen Fällen jene Nahrungsmittel bevorzugen, denen eine anerkannt stopfende Wirkung zukommt und welche dabei einen ausreichenden Nährwert besitzen. Man verordnet Schleimsuppen aus Hafer-, Gersten-Reisschleim mit einem Eigelb, ferner weichgekochten Reis, Gries, Tapioca, Nudeln, Macaroni, Heidelbeer- oder Preiselbeergelée; Tee mit Rotwein oder Heidelbeerwein als Getränke. Außerdem gibt man Eichelcacao, eventuell mit Milch, falls ein Versuch gelehrt hat, daß dadurch die Diarrhöen nicht vermehrt werden. Bei der Verwendung der Milch ist nämlich eine besondere Vorsicht nötig, da manche Patienten nach dem Genusse derselben noch stärkere Diarrhöen bekommen. Verboten sind bei diesen Fällen von Anacidität mit Diarrhöen alle stark sauren, gewürzten oder sehr süßen Speisen, alle schlackenreichen Substanzen, endlich alle kalten Getränke. Wenn bei dieser Ernährung die Diarrhöen zum Stillstand gekommen sind, so legt man fein gehacktes Beefsteakfleisch, Huhn, Taube, Fisch, Kalbshirn, Kalbsbries etc. zu und macht einen vorsichtigen Versuch mit Gemüsepurée, sowie mit leichten Mehlauffläufen oder Puddings. Auf diese Weise gelingt es häufig, die schwierige Aufgabe einer Mastkur bei bestehender Neigung zu Diarrhöen zu erfüllen.

Wir kommen nun zur Besprechung der diätetischen Maßnahmen bei Motilitätsstörungen des Magens. Die Hypermotilität wird nur selten Gegenstand einer diätetischen Therapie bilden, da einerseits ihr Vorkommen ein sehr seltenes ist, andererseits die durch die Hypermotilität hervorgerufenen Beschwerden kaum therapeutische Eingriffe notwendig machen. Wichtiger ist die diätetische Behandlung der motorischen Insuffizienz des Magens, i. e. der Magenatonie. Gerade bei dieser Erkrankung bewähren sich diätetische Maß-

nahmen in besonderer Weise; die Magenatonie ist das dankbarste Objekt der Mastdiät.

Was die Qualität der Speisen betrifft, so eignen sich Eiweißkörper, Fette und Kohlehydrate in ganz gleicher Weise zur Ernährung der Atoniker. Die nähere Auswahl der Speisen richtet sich nach den die Atonie begleitenden Aciditätsverhältnissen. Wichtiger als die Qualität ist die Form und die Zubereitung der Speisen, da wir durch diese Faktoren imstande sind, das Grundprinzip der Atoniediät: möglichste Schonung der Magenmuskulatur, in wirksamster Weise zu erfüllen. Das Fleisch wird deshalb in feinhacktem Zustand, das Gemüse in Puréeform gereicht. Alle zähen und sehnigen Bestandteile des Fleisches, sowie alle schlackenreichen Substanzen, zu deren Lösung die atonische Muskulatur nicht geeignet ist, werden aus der Diät gestrichen. Fette werden in Form von Butter und Sahne meist ohne Beschwerden vertragen und sind zur Erreichung eines besseren Ernährungszustandes von hohem Werte.

Eine besondere Beachtung verdient die Art der Flüssigkeitszufuhr bei der Atonie. In den Schriften früherer Autoren finden wir als Grundprinzip der Atoniediät die Trockenkost angeführt, bei welcher von Flüssigkeiten nur so viel zugeführt werden darf, als dem Minimum an Bedarf entspricht. Gewichtige Gründe haben die neueren Diätetiker von dieser strengen Trocken-diät wieder abgewandt und ich möchte den Satz propagieren, daß wir bei der Atonie eine wesentliche Flüssigkeitsbeschränkung überhaupt nicht eintreten lassen müssen und nur dort einzugreifen haben, wo besonders große und vor allem für die Ernährung wertlose Mengen von Getränken zugeführt werden und eine abnorme Belastung der Magenmuskulatur hervorrufen. Die Gründe, welche uns zu einem derartigen, von der herrschenden Meinung abweichenden Vorgehen veranlassen, sind folgende. Schon Mehring und Moritz haben nachgewiesen, daß der Magen seinen Inhalt in der Weise in den Darm befördert, daß zuerst die flüssigen, dann die breiigen Substanzen durch die Muskulatur des Pylorus in den Dünndarm überführt werden. Die festen Nahrungsmittel bleiben am längsten im Magen liegen und werden erst nach gründlicher Vermengung mit den Sekreten des Magens in den Darm übertragen. Es ist also gewiß eine Utopie, wenn man eine Trocken-diät für diejenige hält, welche der Magenmuskulatur die geringste

Arbeit zumutet. Die trockenen Nahrungsmittel werden vielmehr durch die Sekrete des Magens erst in breiige und flüssige Form gebracht, ehe sie in den Darm befördert werden. Es wird daher vom rein physiologischen Standpunkt am vorteilhaftesten sein, dort, wo es auf eine Schonung der Magenmuskulatur ankommt, von vorneherein breiigweiche und flüssige Substanzen einzuführen.

Ein zweiter Grund zur Bevorzugung von Flüssigkeiten bei der Atoniediät besteht darin, daß wir in der Milch und ihren Derivaten eine sehr kalorienreiche Nahrung besitzen, welche uns die Vornahme einer Mastkur bedeutend erleichtert. Ich weise dabei besonders auf die Bedeutung des K e f i r hin, den ich für diese Fälle für ganz besonders geeignet halte. Die Milch können wir auch in Form von Milchmehlsuppen verordnen und durch verschiedene Zusätze schmackhafter und nahrhafter machen.

Endlich ist von einer Beschränkung der Flüssigkeiten deshalb abzuraten, weil dadurch die Kranken häufig den Appetit verlieren und in ihrer Ernährung herunterkommen. In den Fällen, wo die üble Gewohnheit besteht, abnorm große Mengen von Wasser zu trinken, gelingt es leicht, die Patienten von diesem törichtem Vorgehen abzubringen und das Flüssigkeitsbedürfnis mit n a h r h a f t e n Getränken zu erfüllen.

Nur in den allerhöchsten Graden von motorischer Insuffizienz ist man gezwungen, wesentliche Beschränkungen der Flüssigkeitszufuhr anzuordnen, dann ist es aber stets nötig, auch die Menge der f e s t e n Nahrungsmittel zu restringieren. Diese Kranken machen auch gewöhnlich selbst die Angabe, daß sie bei reichlicherer Flüssigkeitsaufnahme ein Gefühl von Völle und Druck im Magen verspüren.

Ich habe speziell auf diesen Punkt der Anamnese bei allen meinen Patienten genau geachtet und gefunden, daß die Angabe, daß die Aufnahme von Flüssigkeiten Beschwerden hervorruft, keineswegs mit dem objektiven Befund von Magenplätschern parallel geht. Es erklärt sich diese Differenz nach unseren obigen Auseinandersetzungen ganz ungezwungen in der Weise, daß diese Patienten mit selbst ausgedehntem Plätschergeräusch eben an keiner Atonie, respektive motorischen Insuffizienz leiden, sondern daß das Magenplätschern anderen Ursachen seine Entstehung verdankt. Es wäre daher irrationell, bei dem Befund des Plätscherns am Magen sofort mit einer Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr vorzugehen.

Was die H ä u f i g k e i t der Mahlzeiten bei der Atonie betrifft, so ziehen wir kleine, aber sehr häufige Mahlzeiten vor und teilen dieselben in der Weise ein, daß mindestens drei Haupt- und zwei Nebenmahlzeiten gereicht werden. In vielen Fällen wird man mit nur ganz kleinen Mahlzeiten beginnen dürfen und sukzessive im Laufe der Behandlung immer mehr Nahrungsmittel zulegen. Man forcire dabei nicht die Ernährung und hüte sich davor, die Patienten zu zwingen, mehr zu essen, als sie mit gutem Willen zu bewältigen imstande sind. Die Folge solcher Gewaltkuren ist gewöhnlich Erbrechen und Widerwillen gegen jede Nahrungsaufnahme, wodurch die Kranken wieder auf Wochen in ihrer Ernährung zurückgebracht werden. Man begnüge sich lieber mit geringeren, aber konstanten Gewichtszunahmen, welche die Patienten derartig ermutigen, daß sie aus Freude am Erfolg nun spontan mehr essen, als man ihnen zugetraut hätte. Ueberhaupt trägt bei der Mastkur der wöchentlich an der Wage konstaterbare Fortschritt wesentlich zum subjektiven Wohlbefinden der Patienten bei und gibt ihnen wieder Vertrauen in die Leistungsfähigkeit ihrer Verdauungsorgane, welches sie meist schon ganz verloren hatten.

Was die T e c h n i k der Mastkuren anlangt, so sei vor allem daran erinnert, daß die M a s t k u r gleichzeitig eine R u h e k u r sein muß, wenn ihr Erfolg ein voller sein soll. Sowohl geistige, als körperliche Ruhe sind unbedingt nötig, um das irritierte Nervensystem zu seiner normalen Funktion wieder zurückzuführen. Am besten erreicht man dies, wenn man die Patienten einer passenden, diätetischen Heilanstalt überweist, wo die sorgfältige Ueberwachung der diätetischen Vorschriften und die unbedingt nötige psychische Beeinflussung des Patienten am leichtesten gelingt. Stehen unüberbrückbare, äußere Hindernisse einer solchen Anstaltsbehandlung entgegen, dann sehe man bei weiblichen Patienten darauf, daß ihnen die häuslichen Sorgen von einer geeigneten Person vollkommen abgenommen werden, welche auch darauf zu achten hat, daß die diätetischen Verordnungen strikte eingehalten werden. Nicht unerwähnt bleibe die Forderung, daß die Patienten während der Dauer der Mastkur vor jeder sexuellen Erregung bewahrt bleiben müssen. Bei Männern genügt oft die Entfernung von beruflichen Sorgen und geschäftlichen Aufregungen, um auch zu Hause eine Mastkur mit Erfolg durchführen zu können.

Die D a u e r einer derartigen Kur betrage 4—6 Wochen,

innerhalb welcher Zeit die Patienten 5—8 kg an Gewicht zuzunehmen pflegen. Auch nach Ablauf dieser Zeit müssen sie in der gleichen Weise diätetisch behandelt werden, da sonst eine rasche Einbuße der gewonnenen Kräfte wieder einzutreten pflegt. Der volle Erfolg der Kur ist erst erreicht, bis die Kranken jenes Gewichtsoptimum wieder erreicht haben, welches sie vor der Erkrankung in ihren besten, gesunden Zeiten besessen hatten.

Wir haben den diätetischen Teil der Behandlung der nervösen Dyspepsie so ausführlich besprochen, weil die Diätetik die Hauptwaffe in unserem therapeutischen Armentarium gegen die Neurosen des Magens darstellt. Erst in zweite Linie rücken die medikamentösen Mittel und die physikalischen Behandlungsmethoden, über deren Anwendung wir uns kürzer fassen können.

Es gibt kein spezifisch wirkendes medikamentöses Mittel gegen die nervöse Dyspepsie. Trotzdem wenden wir eine ganze Reihe von symptomatisch wirkenden Medikamenten in vielen Fällen mit gutem Erfolge an. Hieher gehören vor allem die Alkalien, welche zur Abstumpfung der überschüssigen Säure bei Hyperacidität oft unentbehrlich sind. Im Falle heftiger Schmerzen mengt man dieselben mit Codein. phosphoric. oder mit Extr. belladonnae. Man verschreibt ein Schachtelpulver:

Natr. citric.	20·0
Magnes. ust.	10·0
Codein. phosphor.	0·15

M. D. S. Dreimal täglich eine Messerspitze voll.

Man soll die Alkalien nicht unmittelbar nach dem Essen reichen, sondern sich dabei ganz nach dem Auftreten der Schmerzen richten. Man läßt das Pulver unmittelbar vor dem Zeitpunkt nehmen, wann erfahrungsgemäß bei dem Kranken die Schmerzen zu beginnen pflegen. Meist ist das 1—1½ Stunden nach dem Essen der Fall. Trotz oft jahrelanger Anwendung sah ich von der Zuführung mäßiger Dosen von Alkali nie einen Schaden und es ist die Furcht vor einer hiedurch bewirkten Verschlimmerung des Leidens zweifellos übertrieben.

Bei nervöser Anacidität, respektive Achylia gastrica, verordnet man große Dosen von HCl, am besten dreimal täglich vor und nach dem Essen zehn Tropfen von Acid. mur. dilut. Häufig werden die oben besprochenen Diarrhöen

im Verlaufe der Achylia gastrica durch die Salzsäuretherapie in vorzüglicher Weise beeinflusst.

Als sekretionsbeschränkendes Mittel hat sich mir bei nervöser Hypersekretion die Belladonna auf das beste bewährt. Man wendet dieselbe in Form von Suppositorien (0.02 g pro dosi, dreimal täglich) oder in Form der Tinct. belladonnae an.

Zahllos sind die gegen nervöse Anorexie empfohlenen Präparate, doch kann man keinem einzigen eine mehr als rein suggestive Wirkung nachsagen. Eine passend zusammengesetzte Diät, sowie schmackhafte Zubereitung der Speisen, sind weit eher imstande, appetiterregend zu wirken; trotzdem wird man gut tun, dem Suggestivbedürfnis der Patienten durch Verschreibung eines Stomachikums nachzugeben. In besonderem Ansehen steht das Extract. fluid. condurango und das Extract. fluid. belaeindicae, von denen man dreimal täglich einen Kaffeelöffel vor der Mahlzeit nehmen läßt.

Gegen die Hyperästhesien mancher nervöser Dyspeptiker verwendet man das Validol (dreimal täglich 2—3 Tropfen) mit recht gutem Erfolg. Dieselben Dienste leistet gewöhnlich das bedeutend wohlfeilere Menthol. Treten neben den lokalen Magenbeschwerden auch allgemeine nervöse Krankheitssymptome auf, so wird man Brompräparate, oft auch Schlafmittel (am besten Hedonal, 2.0 g abends zu nehmen) anwenden.

Die eben besprochenen Medikamente können selbstredend keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, da das vielgestaltige Krankheitsbild der nervösen Dyspepsie den wohlgefüllten Rezeptenschatz selbst des gewiegtesten Praktikers zu plündern pflegt. Viele Kranke empfinden es dann als wahre Wohltat, wenn man sie von den zahllosen Tropfen und Pulvern erlöst und eine rationelle diätetische und physikalische Behandlung einleitet.

Die physikalischen Methoden werden umso mehr bei der Behandlung der nervösen Dyspepsie in Anwendung gebracht werden müssen, je mehr die Zeichen allgemeiner Neurasthenie und Hysterie in dem Krankheitsbild zum Ausdruck gelangen. Elektrizität, Massage, Kaltwasserprozeduren werden in zweckmäßiger Weise zur Behandlung herangezogen. Doch ist entschieden vor jener physikalischen Polypragmasie zu warnen, wie sie in vielen Kaltwasseranstalten beliebt ist, wo die Kranken schon am frühen Morgen die verschiedensten therapeutischen Prozeduren über sich ergehen lassen müssen. Gerade unsere Kranken empfinden

die körperliche Ruhe sehr wohltätig und sollen nicht in schematischer Weise, wie das Gros der Neurastheniker, behandelt werden. Ein Aufenthalt an der See oder im Gebirge pflegt den Erfolg der Kur wesentlich zu unterstützen, doch nehme man bei der Wahl des Ortes auf die Beschaffenheit seiner Restaurants besondere Rücksicht. Die Errichtung von diätetisch gut geleiteten Sanatorien im Gebirge und an der See würde von Aerzten und Leidenden mit großer Befriedigung begrüßt werden.

Zu den physikalischen Heilmethoden gehört auch die Anwendung des Magenschlauches bei der Behandlung der nervösen Dyspepsie. Bei dem Umstande, daß sehr häufig in der Praxis vollkommen überflüssige Magenausspülungen vorgenommen werden, seien im folgenden die Fälle erwähnt, welche eine methodische Anwendung des Magenschlauches erfordern. Vor allem ist eine Einführung der Magensonde zu diagnostischen Zwecken in allen Fällen von nervöser Dyspepsie anzuraten; nur durch eine genaue Mageninhaltsuntersuchung kann man sich ein klares Bild der vorliegenden Funktionsstörung verschaffen. Auf Grund der gefundenen Anomalien der Verdauung wird dann der gesamte Heilplan entworfen.

Was die Verwendung des Magenschlauches zu Heilzwecken betrifft, so ist dieselbe bei der Atonie vollkommen entbehrlich. Der atonische Magen schafft seinen Inhalt zwar verspätet, aber doch stets vollständig in den Darm weiter und ist frühmorgens stets leer. Es hat nun gar keinen Sinn, einen leeren Magen auszuspülen, weshalb wir die in der Praxis bei der Atonie so beliebten Magenausspülungen als überflüssige, ja schädliche Prozeduren perhorreszieren.

Kommt es dagegen, wie nicht zu selten, im Verlaufe eines langdauernden Pylorospasmus zu einer wirklichen Ektasie des Magens mit Nahrungsrückständen im nüchternen Zustande, dann feiern die Magenspülungen, am bestens frühmorgens bei nüchternem Magen vorgenommen, die schönsten Triumphe. Auch bei chronischer Hypersekretion, wo morgens 100 cm³ und mehr reiner Magensaft vorgefunden werden, kann eine Magenausspülung, eventuell mit einer 1‰ Argent. nitricum-Lösung, eine auffallende Erleichterung hervorrufen. Treten bei dieser Erkrankung die Schmerzen hauptsächlich bei Nacht auf, so spült man den Magen gegen 7 Uhr abends und gibt dann nur eine ganz kleine, am besten eiweißreiche Mahlzeit.

Bei Parästhesien und Hyperästhesien des Magens haben sich mir **M a g e n d o u c h e n** vorzüglich bewährt. Man verwendet zur Vornahme derselben die Rosenheim'sche Sonde, welche einen gewöhnlichen Magenschlauch darstellt, der am Ende zahlreiche feine Löcher besitzt. Mittels dieser Sonde berieselt man die Magenwände mit kaltem Wasser und kann dabei häufig ein rasches Nachlassen der Beschwerden wahrnehmen. Auch die **i n t r a v e n t r i c u l ä r e** Anwendung des **I n d u k t i o n s s t r o m e s** ist bei nervösen Reizzuständen, besonders dem Vomit^{us} nervosus, von oft überraschendem Erfolge begleitet. Als Elektrode dient die Boas'sche Magen-**e**lektrode.

Endlich sei noch bemerkt, daß **T r i n k k u r e n** in Karlsbad, Marienbad, Neuenahr etc. bei der nervösen Dyspepsie entschieden kontraindiziert sind. Der ganze Kurplan dieser Bäder widerspricht dem Postulat nach körperlicher und geistiger Ruhe, welche die wichtigsten Momente zur Heilung der nervösen Dyspepsie darstellen.

Therapeutische Kleinigkeiten.

Von **Dr. M. Horovitz.**

Zu unseren therapeutischen Grundsätzen gehört es, mit wenig Mitteln unser Auskommen zu finden, daher bewährte Arzneien so gut als möglich auszuwerten und denselben eine vielfältige Anwendung angedeihen zu lassen. Kleine Handgriffe, unwesentlich scheinende Modifikationen, geringfügige Aenderungen mancher Arzneien, die Erweiterung der Indikation vieler Medikamente und ähnliche Variationen führen daher zu ganz überraschenden und glücklichen Heilerfolgen. Diesen Aenderungen und Variationen liegen oft genaue Beobachtungen und Erwägungen zugrunde, aber auch der Zufall spielt manchmal eine große Rolle dabei.

In mancher Beziehung ist die private und hausärztliche Behandlung infolge der monate- und jahrelangen Beobachtung der Kranken in der günstigen Lage, gewisse Mängel der landläufigen Therapie zu erspähen und durch die vorerwähnten Modifikationen zu umgehen. Man ist oft geneigt, wegen dieser Mängel bewährte Medikamente zu vernachlässigen und durch andere zu ersetzen; ja die förmliche Sucht und Jagd nach neuen Stoffen und Arzneien ist zum Teile durch diesen Umstand zu erklären und zu begründen. Und doch kann man ganze Reihen neuer Stoffe und neuer Zusammensetzungen leicht entbehren, wenn man nur die alten bewährten

Mittel appliziert und ändert. Viele dieser neuen Stoffe werden übrigens nach kurzer Zeit ganz obsolet.

Wir wollen hier über eine im Laufe der Jahre gewonnene Summe von Erfahrungen berichten, um den Praktiker in den Stand zu setzen, mit wenigen alten Mitteln im Drange der Tagesgeschäfte sein Auslangen zu finden.

* * *

Fangen wir zunächst mit dem Ekzem, und zwar mit der allerhäufigsten Form desselben, mit dem akuten Ekzem an. Die mit Krusten und Borken bedeckten Ekzeme müssen vorerst von diesen sekundären Effloreszenzen befreit werden, um der eigentlichen Ekzembehandlung entgegenzugehen. Zu diesem Behufe werden diese Hautstellen reichlich mit öl- und fetthaltigen Stoffen (Watte, Gaze) bedeckt. Unter dem Einflusse der Fette lösen sich die Borken von der Unterlage und das nässende, mit mehr oder weniger oberflächlichen Substanzverlusten einhergehende Ekzem liegt nun zutage. Immer müssen die reichlich mit Fett durchtränkten Verbandstücke mit einem impermeablen Stoffe bedeckt werden, weil sonst das Fett statt auf die kranke Haut einzuwirken, in die fixierenden Binden eindringt und überdies die Leib- und Bettwäsche der Kranken besudelt. Daher lassen wir auf die mit Fett getränkten Verbandstücke Billroth-Battist legen und nun das Ganze durch entsprechende Verbände fixieren. Sitzt das Ekzem im Gesichte, wie dies bei Kindern oft vorzukommen pflegt, so wird eine entsprechende Gesichtsmaske von Billroth-Battist über die Fettverbandstücke gelegt und mit einer Leinwandmaske das Ganze niedergebunden. Bei Ekzemen der Kopfhaut wird in dieser Art eine Haube und bei Ekzemen des Scrotums ein deckendes Suspensorium von Billroth-Battist improvisiert. Sind nun die Krusten und Borken beseitigt, so haben wir ein nässendes Ekzem vor uns, welches am besten mit Lassar-Pasta in der Weise bedeckt wird, daß Verbandstücke messerrückendick mit der Pasta bestrichen und auf das kranke Gebiet aufgelegt werden. Um den Juckreiz zu mildern, versetzen wir die Pasta mit Naphthalan, und zwar in einem Verhältnis von 3 : 1. Dadurch wird aus der konsistenten Pasta eine Salbe, die sich sehr gut streichen läßt. Immer muß über diese Verbandflecke Billroth-Battist appliziert werden und dann erst kommen die fixierenden Binden darüber. Wird der Verband nicht in dieser Weise fixiert und der Billroth-Battist nicht darüber gebreitet, so dringt schon nach 2—3 Stunden das Fett der Salbe in die Binden

und auf den kranken Stellen bleibt von der Salbe nur eine Schichte zusammengesinterter Pulvermasse. Diese geschilderte Art des Verbandes kann ich nicht genug loben und ich habe noch immer selbst dort die besten Erfolge erzielt, wo mit der Lassar-Pasta durch einfaches Ueberstreichen gar kein Erfolg erzielt wurde. Ja, die in oberflächlicher Art angewandte Pasta wird durch die Kleider, Wäsche und Bettlaken in kurzer Zeit abgestreift, abgewischt und auf der erkrankten Stelle bleibt nichts von dem Medikamente übrig. Selbst das Einpudern der mit Pasta bestrichenen Stellen gibt keinen dauernden Schutz ab und wird ebenfalls rasch verwischt oder durch den Salzfluß weggespült. Kurzum, soll das von nässendem Ekzem befallene Hautgebiet durch die so schätzenswerte Pasta geheilt werden, so muß die Pasta als solche 10—12—24 Stunden lang im innigen Kontakt mit der Haut bleiben, was nur zu erzielen ist, wenn sie ihre Fettsubstanz beibehält und nicht an die Umgebung abgibt.

Will man die Pasta durch eine Reihe von Tagen angewendet sehen, ohne die erkrankte Stelle der einmal verliehenen schützenden Hülle zu berauben, was bei nässenden Ekzemen sehr oft wünschenswert ist, so watiere ich den Verband: d. h. ich trage die Pasta messerrückendick direkt auf das Ekzem auf und belege diese Stelle mit einer feinen Schichte Baumwolle (Watte). Dadurch verfilzt sich die Watte mit der Pasta und bildet eine fest haftende Schichte. Darüber Battist und den entsprechenden Fixierungsverband. Nach 2—3 Tagen kommt abermals messerrückendick Pasta auf das erste Lager aufgestrichen und wieder eine feine Schichte Baumwolle aufgetragen. Man kann in dieser Art 4—6—8 Tage das Ekzem unter diesem Schutzverbande lassen. Wird dann das Ganze entfernt, so hat man eine nahezu normale Haut vor sich. Ist das Ekzem mit starkem Jucken verbunden, so lasse ich der Pasta, wie oben erwähnt wurde, Naphthalan, und wenn das den Juckreiz nicht stillt, Teer im Verhältnis von 3 : 1 zusetzen.

Schwieriger gestaltet sich diese Applikationsweise an Stellen, wo ein Niederbinden der Verbandstücke nicht durchführbar ist, wie ad anum, im Schenkelskrotalwinkel, unter der Hängebrust und zwischen den Zehen. In solchen Fällen lasse ich auf die erkrankten Stellen die Pasta mit oder ohne Zusatz von Naphthalan und Teer dick auftragen und überdies dünne Wattestreifen sehr reichlich mit Pasta bedeckt einlegen. Die Hautflächen können dann nicht mehr aneinander reiben, sich gegenseitig wetzen und bähnen.

Es handelt sich also darum, die nässenden Flächen trocken zu legen, das Sekret abzuführen und die arzneiliche Einwirkung permanent zu erhalten. Wir sehen, daß unsere Art, die Arznei zu applizieren, diesen Anforderungen genügt und daß vielfältige Erfahrung den Erfolg verbürgt.

Ist aus dem nässenden ein trockenes Ekzem geworden, so lasse ich es in diesem Stadium mit der Unna-Beiersdorf'schen Zinkpflastermulle bedecken. Die Mulle bleibt tagelang (2—3) liegen und führt den Prozeß zur Heilung.

Wir sehen also, daß wir akute Ekzeme relativ schnell, mit einfachen Behelfen und wenig Arzneien der Heilung entgegenführen können.

Es gibt Ausnahmefälle, die kein Fett vertragen, wo die Pasta nicht Anwendung finden kann und das Jucken und Nüssen auf andere Art beseitigt werden muß. In solchen Fällen lassen wir Umschläge mit essigsaurer Tonerde 1 : 1 Wasser anwenden. Ist unter diesen Umschlägen das Jucken und Nässen behoben worden, dann wird auf das Ekzem Xeroform dünn gestreut und auf das Ganze die Zinkpflastermulle appliziert. Wird auch die essigsaurer Tonerde nicht vertragen, so lassen wir Kalkwasser-Liniment (Oel) 1 : 2 : 3 auflegen.

Das ist in den Hauptzügen unsere Behandlung des akuten Ekzems; daß es noch Komplikationen mit Sycosis, mit Katarrhen der angrenzenden Schleimhäute, mit herdweisen und flächenhaften Dermatitis u. v. a. pathologischen Prozessen gibt, weiß jeder erfahrene Arzt und wird daher auch auf diese komplikatorischen Umstände gegebenen Falles Rücksicht nehmen müssen.

* * *

Wir gehen zur Behandlung der Verbrennungen über und heben hervor, daß wir zunächst nur Verbrennungen ersten und zweiten Grades im Auge haben. Unter allen Verbandsmitteln hat uns das Melan die besten Dienste geleistet.*) Wir tränken Jodoformgaze mit Melan und decken mit Billroth-Battist. Die Verbände müssen mit Rollbinden fixiert werden. Bei Verbrennungen zweiten Grades werden die Blasen durch feine mehrfache Nadelstiche und Lanzettschnitte entleert und mit Melan verbunden. Der Verband kann bei guter Versorgung 2—3 Tage

*) Siehe Horowitz, Centralbl. f. d. ges. Ther., 1900, Nr. 11.

liegen bleiben. Die Schmerzen verlieren sich und beim Entfernen der Verbände lösen sich die Gazestreifen sehr leicht ab.

* * *

Gegen den Pruritus idiopathischer Art bedienen wir uns des salizylsauren Natrons und man ist oft imstande, durch dieses Mittel allein das quälende Jucken ganz und gar zu beseitigen. Wir verordnen das Präparat in Lösung mit irgend einem Korrigens 10 : 200 und lassen davon täglich 3—6 Eßlöffel nehmen. Bei den meisten Kranken ist es dann überflüssig, noch irgend ein lokales Mittel in Anwendung zu ziehen und nur da, wo infolge des Juckens sich starke Kratzaffekte etabliert haben, ziehen wir ein entsprechendes Mittel in Anwendung. So z. B. Lassar-Pasta und das Melan in Form einer dünnen Salbe oder als Pasta.

* * *

Eine besondere Erweiterung des Anwendungsterrains hat die Elektrolyse in unserer Praxis erfahren. Neben der bekannten Anwendung gegen Hypertrichosis und Warzen verwenden wir die Elektrolyse bei Mälern von nicht zu großer Ausdehnung, wobei wir glatte, in der Ebene der angrenzenden Haut liegende Narben erhalten. Sodann bei indurierten Akneknoten und endlich bei kleinen Atheromen. Bei nicht zu großen Atheromen, etwa solcher von Erbsen- und Bohnengröße, gelingt es, in 6—10 Sitzungen die Geschwülstchen zum Schwinden zu bringen. Wir benützen auch hier die Kathode, die mit einer Plantinnadel armiert ist, und senken sie zunächst in die mittleren Teile der Geschwulst ein. Der zu verwendende Strom ist nie stärker als 2—3 Milli-Ampère. In einer Sitzung machen wir 10—12 Stiche und dehnen die Sitzung auf 15—20 Minuten aus. Sehr oft geschieht es, daß nach der zweiten oder dritten Sitzung eine dicke, rahmige Masse durch die eine oder andere Stichelöffnung sich ausdrücken läßt. Allmählich schrumpft so die Geschwulst zusammen und am Schlusse der Behandlung haben wir eine glatte, fast gar nicht veränderte Haut vor uns. Wir haben bei dieser Behandlung nie irgendwelche unangenehme Komplikationen beobachtet.

* * *

Bei Adenitiden nach weichen Geschwüren ist es uns schon einigemale gelungen, die Drüsengeschwülste zum gänzlichen Heilen zu bringen, wenn wir den Kranken tagelang oder Wochen hindurch Jodkali in mäßigen Dosen, 2—3 g pro die, verabfolgten.

Ja selbst Lymphknoten, die schon beginnende Schmelzung und zentrale Erweichung darboten, sind auf Gebrauch von Jodkali zurückgegangen. Daß es sich um exquisite Bubonen nach weichen Geschwüren handelte, dessen überzeugten wir uns durch monatelange Beobachtung, da weder Exantheme, noch sonstige auf Lues zu beziehende Schleimhautveränderungen zu konstatieren waren; ferner durch die monoganglionäre Affektion des Knotens und das von Anfang an weiche Anfühlen der Geschwüre. Daß daneben den Kranken noch eine passende Lebensweise, wie Ruhe und Vermeidung aller forcierten Bewegungen angeordnet, ferner die Anwendung von kalten Umschlägen empfohlen wurde, muß noch hinzugefügt werden.

* * *

Es ist eine bekannte Tatsache, daß ab und zu im Gefolge der Gonorrhöe eine Cystitis auftritt, der in keiner Art beizukommen ist. Lokale Behandlung, die üblichen Balsamica, die bekannten organischen Antiseptica, wie salizylsaures Natron, benzoesaures Natron, Salol und Urotropin bleiben erfolglos. Entweder bleibt der Harn trotz aller Arzneien trübe oder er klärt sich für kurze Zeit, um bald wieder trübe zu werden. Dabei besteht Harndrang, Brennen beim Entleeren der Blase und gestörte Nachtruhe. In solchen Fällen von subakuter Cystitis hat sich uns das von Einhorn eingeführte Methylenblau als vorzügliches Mittel bewährt. Man gibt davon 0·1—0·3 pro dosi in Oblaten oder in Pillenform, und zwar 3—4 solcher Pillen im Tage. Die Pillen sollen als Argentat, d. h. mit einer undurchgängigen Hülle dispensiert werden, da sie sonst an den Lippen und der Zunge der Kranken abfärben. Der Harn bekommt eine grünliche bis blaue Farbe und läßt gewöhnlich der Harndrang schon am dritten, vierten Tage nach. Der Harn wird allmählich klarer und schwinden im spärlichen Sedimente die Bakterien in kurzer Zeit. Nach 10—14 Tagen pflegen alle Beschwerden zu zessieren und der Harn wird und bleibt klar. Selbstverständlich bleiben alle auf Diät und Lebensweise sich beziehenden Vorschriften und Maßregeln aufrecht. Auch die mit Cystitis verbundenen aufsteigenden Pyelitiden werden durch Methylenblau günstig beeinflusst.

* * *

Die vereiterten Drüsenknoten der weichen Geschwüre können sich, wenn der Ducrey Unna-Petersen'sche Mikroorganismus sich im

Drüsengewebe einnistet, zu langwierigen, unter Umständen gefährlichen Drüsenchankern umgestalten, das Gewebe wird immer tiefer unterminiert, zerfressen und in den pathologischen Prozeß einbezogen. In vorantiseptischer Zeit waren die chankrösen Bubonen der Schrecken der Syphiliskliniken; doch auch in unserer Zeit erignet es sich manchmal, daß chankröse Bubonen große Substanzverluste erzeugen. Man muß ganze Drüsenpakete entfernen, die Granulationen tief wegschaben, die Haut- und sinuösen Fistelgänge spalten und bloßlegen, um des Weiterkriechens Herr zu werden. Uns ist es in solchen Fällen gelungen, durch protrahierte heiße Bäder, 29—30° und darüber, nebst der Anwendung unseres Melan, die chankrösen Bubonen rasch zu meistern und in gewöhnliche Wunden umzugestalten. Das Melan wird auf sterile Gaze getropft und der mit dem Mittel reichlich getränkte Verbandstoff auf die Wunde und in die Hohlgänge eingelegt. Der Verband liegt von einem Bad zum zweiten. Täglich, längstens jeden zweiten Tag, lassen wir ein heißes Bad nehmen. Ist die Heilung so weit gediehen, daß die Destruktion nicht weiter schreitet, so geht die Uebernarbung und Ueberhäutung unter dem Einflusse des Melan sehr rasch vor sich. Denn ein besseres Ueberhäutungsmittel, als das Melan, ist uns nicht bekannt.

* * *

Sowohl die gonorrhöische, als auch die traumatische, mit heftigen Schmerzen verbundene Epididymitis, wird gewöhnlich mit kalten Umschlägen behandelt. Vom Wasser angefangen, bis zu den Umschlägen mit Liquor Burowi, der Aqua Goulardi und dem Alkohol, wurden noch verschiedene Salben und Sedativa empfohlen und angewandt. Wir bedienen uns eigener Umschläge von Tonerde, mit Wasser und Essig abgerührt. Wenn der gelbe Töpferton mit gleichen Teilen Wasser und Essig zu einem dicken Brei abgerührt wird, so läßt er sich wie eine Marmelade streichen. Die so bestrichenen und zusammengelegten Leinwandstücke werden auf das Skrotum aufgelegt und mit Billroth-Battist bedeckt, so zwar, daß die Leinwand direkt auf die Skrotalhaut zu liegen kommt. Die breiige Tonerde schmiegte sich an das Skrotum sehr innig an, bleibt kühl und feucht und verlieren sich die Schmerzen sehr rasch. Solche Umschläge sind überall leicht zu beschaffen, leicht zu handhaben, kosten sehr wenig und müssen nicht oft gewechselt werden. — Auch bei gonorrhöischer und syphilitischer Gelenkentzündung haben uns die Tonbreiumschläge vorzügliche Dienste

geleistet. — Ist das schmerzhaftes Stadium der Epididymitis vorüber, so applizieren wir unser Suspensorium. *)

* * *

Endlich wollen wir noch eine Abänderung der Behandlung der *Pediculosis capitis* und der *Pedic. pubis* erwähnen. Obschon das Ung. ein. ein sehr gutes Mittel gegen die Filzlaus darstellt, so ereignet es sich doch oft genug, daß nach Gebrauch der grauen Salbe hartnäckige Ekzeme in *regio pubica* sich etablieren; ja wir haben schon schwere *Stomatitis mercurialis* nach Anwendung der Quecksilbersalbe sich entwickeln sehen. Aehnliche, wenn auch etwas schwächere Ekzeme entstehen nach der Anwendung des Petroleums. Da das Mittel gewöhnlich am Abend eingerieben wird, so können bei unvorsichtiger Handhabung des Petroleums auch Verbrennungen sich ereignen, wie wir es einmal beobachtet haben. Wir lassen daher das Petroleum nur bei Tag zur Anwendung bringen; noch besser aber in Form einer Salbe mit Lanolin benützen. Seit einiger Zeit jedoch verzichten wir vollständig auf das Petroleum und benützen die nachfolgenden ätherischen Oele: *Oleum carvi* und *Oleum anisi*. Die beiden Oele werden zu gleichen Teilen mit Lanolin zu einer Salbe verrieben oder sie werden mit *Spirit. vini. rectific.* und *Aq. menth. piper* als Waschwasser auf Kopf und Schamgegend appliziert. Wir haben nach dem Gebrauch dieser Stoffe nie ein Ekzem oder andere Unannehmlichkeiten beobachten können, was bei grauer Salbe selbst dann noch ab und zu eintritt, wenn sie mit *Ung. diachyl.* versetzt ist.

REFERATE.

Interne Medizin.

Die innere Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Dr. Ludwig Aldor.

A. betont vor allem, daß die pathologisch-anatomische Erkenntnis des Gallensteinleidens heute so weit vorgedrungen ist, daß wir mit Sicherheit die Existenz entzündlicher Vorgänge und deren infektiöse Provenienz als die Basis der klinischen Erscheinung

*) Horowitz, *Centralbl. f. d. ges. Ther.*, 1888, Nr. 6; v. Zeissl, *Lehrbuch der venerischen Krankheiten*, S. 116, Enke, Stuttgart 1902.

nungen der Cholelithiasis annehmen können. Die radikale Therapie des Gallensteinleidens ist also nicht identisch mit der Entfernung der Steine, sondern mit der Heilung des entzündlichen Prozesses und es ist daher auch ein irrationelles Vorgehen, das Verhalten der Steine als Wertmesser der therapeutischen Eingriffe zu betrachten. Es kommen Fälle genug zur Beobachtung, wo trotz Abganges von Steinen die Schmerzen weiter bestehen. Andererseits ist die Einwendung nicht haltbar, daß eine Heilung ohne Abgang von Steinen nur eine scheinbare sei. Vf. verfügt über mehrere Fälle, wo trotz Fehlens von Steinabgang über Jahre hinaus kein Anfall mehr zu verzeichnen ist. Deshalb ist auch die sogenannte Frühoperation ebensowenig mit der radikalen Heilung des Cholelithiasis gleichbedeutend, wenn die entzündlichen Prozesse weiter andauern, wie die häufigen Rezidive nach solchen Eingriffen dies illustrieren. Vf. unterscheidet einfache und komplizierte Fälle von Cholelithiasis. Zur einfachen gehören die Fälle, in welchen der Sitz des Prozesses noch die Gallenblase und die großen Gallenwege sind und bei denen die anatomischen Veränderungen noch nicht irreparable sind, zu den komplizierten Fällen können die mit irreparablen Veränderungen (Empyem der Gallenblase, eitriges Cholangitis, peritonitische Erscheinungen, Lebercirrhosen etc.) gerechnet werden. Letztere sind stets Domäne des Chirurgen, erstere des Internisten. Vf. stimmt mit K e h r und N a u n y n darin überein, daß die Klagen der Gallensteinranken nur durch zwei Methoden zu heilen oder zu lindern sind, entweder durch eine Karlsbader Kur oder eine Operation. Die Karlsbader Kur muß keineswegs in Karlsbad ausgeführt werden, wesentliche Bedingung ihres Erfolges ist jedoch die richtige Methode. Das gewöhnliche Verfahren, die Kranken zeitlich früh unter fortwährendem Herumgehen einige Glas Karlsbader Wasser trinken zu lassen und darauf längere Zeit weiter Bewegung zu machen, beruht auf der falschen Voraussetzung, durch Belebung des Gallenabflusses, Steigerung der Darmperistaltik, den Abgang der Steine zu befördern, dadurch die Heilung zu erzielen. Heute wäre ein solches Verfahren nur mehr als prophylaktisches begründet, wenn schon einige Zeit seit den letzten Anfällen verflossen ist und die entzündlichen Erscheinungen schon lange Zeit aufgehört haben. Wenn aber nicht nur Bekämpfung des Kolikanfalles, sondern Heilung das Ziel des Verfahrens sein soll, so wird gerade durch die infektiöse Natur der Entzündung und deren progressiven Charakter, absolute Bettruhe die erste Bedingung zum Erfolge der

Karlsbader Kur. Vf. läßt also die Kranken dauernd zu Bette, legt von 7—12 Uhr vormittags und von 2—7 Uhr nachmittags Katalpasmen, so warm wie möglich, auf die Gallenblasengegend anlegen. Zweistündlich erhält Patient 100—200 cm³ Karlsbader Sprudel von 50—55°, so daß im Laufe des Tages 700—1500 cm³ verbraucht werden. Abgesehen von gewürzten Speisen, wird die Kost nicht eingeschränkt. Die Behandlung wird so lange fortgeführt, bis jede Druckempfindlichkeit verschwunden ist, was gewöhnlich vier bis fünf Wochen braucht. A. erblickt den Effekt der Karlsbader Wässer in einer noch nicht aufgeklärten, jedoch empirisch festgestellten antikatarrahischen Wirkung. — (Arch. f. Verdauungskrankh., VIII., H. 6.)

Zur Sauerstofftherapie. Klinische Vorlesung von Fr. Kraus.

Nach sehr interessantem historisch-kritischem Ueberblick über die Sauerstofftherapie, resumiert K., daß er die günstigsten Erfahrungen damit bei Stenosierung der oberen Luftwege, bei Dyspnöe infolge von Emphysem oder Bronchitis gemacht habe. Bei Pneumonie hatte er nur schlechte Erfolge. Ebenso nutzlos ist die O-Inhalation bei Tuberkulose. Bei Herzinsuffizienz bringt die Inhalation öfters Erleichterung, nie jedoch schwindet, trotz subjektiv verbesserter Atmung, die Cyanose. Unter den Vergiftungen ist namentlich bei der Kohlenoxydvergiftung der Wert der O-Therapie ein unzweifelhafter, bei Koma nach Morphinumvergiftung zieht K. die Tracheotomie mit künstlicher Respiration weitaus vor. Bei Anämie, Leukämie, Diabetes ist die O-Inhalation nutzlos. Schließlich wirft K. die Frage auf, ob nicht die Gärtner'sche Methode der Injektion von O ins Venensystem bei drohender Gefahr vorzuziehen wäre. — (Therapie d. Gegenw. Nr. 1, 1903.)

Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. Von Prof. C. v. Noorden.

Der Diabetiker scheidet auch große Mengen von Zucker aus, die von Eiweiß abstammen. Der Einfluß der Eiweißkost und der Eiweißzersetzung auf die Glykosurie läßt sich leicht an Diabetikern erkennen, welche gar keine Kohlehydrate aufnehmen und deren Glykosurie durch Beschränkung der Eiweißkost eine weitere Verminderung, eventuell völlige Beseitigung erfährt. Steigerung der Eiweißzufuhr bringt wieder Glykosurie mit sich. Wenn nun auch im allgemeinen bei der Behandlung schwerer Fälle nicht so mit der Eiweißzufuhr gesündigt wird, so nehmen leichtere Fälle bei

der gewöhnlichen schablonenhaften Diät ganz ungeheure Mengen Albuminate auf, so daß 30—40 g N im Tagesharn erscheinen. Eine derartige Erhöhung des Eiweißumsatzes ist nicht nur überflüssig, sondern direkt schädlich, da durch hohe Eiweißzufuhr, auch in leichteren Fällen, die Toleranz für Kohlehydrate wesentlich abnimmt. Ein Kranker vertrug bei 12—15 g N im Tagesharn 100 g Brot, ohne daß mehr als Spuren von Zucker im Harn erschienen. Vermehrung der Eiweißzufuhr, so daß 28—32 g N im Tage ausgeschieden wurden, bedingten eine Glykosurie von 15 g bei derselben Menge von Brotgenuß. Nicht jedes Eiweiß hat den gleichen Einfluß auf die Glykosurie. Am wenigsten führt Eiklar zur Zuckerausscheidung, dann folgen Pflanzeneiweiß, Kasein, die Mischung von Eiklar und Eigelb, wie sie das Hühnerei bietet, endlich in einigem Abstände Fleisch, gleichgiltig, welcher Provenienz. Doch kommen individuelle Schwankungen in einem Grade vor, daß allgemeine Regeln sich nicht aufstellen lassen, sondern in jedem einzelnen Falle das Verhalten der Glykosurie den verschiedenen Eiweißkörpern gegenüber geprüft werden muß. So reagierten einige Kranke bei Ersatz des Fleisches durch Eiklar oder Roborat sehr günstig, andere wieder gar nicht. In vielen Versuchen konnte die eigentümliche Beobachtung gemacht werden, daß bei einer Kost, welche nur einen einzigen Eiweißkörper enthält, die Glykosurie sehr niedrig blieb, während Mischung von Eiweißkörpern sie verschlechterte. Eine Erklärung dieser Erscheinung ist einstweilen nicht zu geben. Praktische Bedeutung kann jedoch dieses Verhalten nur dann haben, wenn gerade das Fleischeiweiß am günstigsten auf die Glykosurie einwirkt, da kein anderer Eiweißkörper auf die Dauer von den Kranken isoliert angenommen wird.

Weiters bespricht v. N o o r d e n die Beziehungen zwischen Fett und Aceton in ihrer Bedeutung für die Fetternährung des Diabetikers. Am meisten steigert Butter die Acetonbildung (Oxydbuttersäure + Aceton als Acetonkörper berechnet), die anderen Fettsäuren $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ weniger stark, so daß im Prinzip ein Ersatz der Butter durch andere Fette wünschenswert ist. In der Praxis ist dies jedoch schwer durchführbar, was jedoch nicht gar ernst zu nehmen ist, da selbst in schweren Fällen erst bei Buttermengen von über 150 g pro die der Einfluß auf die Acetonkörper wesentlich wird und bei geringeren Mengen die Acetonkörper bei Alkali-gebrauch leicht aus dem Organismus entfernt werden. Uebrigens ist selbst bei hoher Fettzufuhr nur in den ersten 8—10 Tagen die

Steigerung des Acetons vorhanden, nach dieser Zeit nimmt gewöhnlich seine Menge wieder ab.

Auch die verschiedenen Kohlehydrate wirken verschieden auf die Glykosurie. Praktisch wichtig ist jedoch nur, daß die Lävulose vom Diabetiker viel besser ausgenützt wird, als alle anderen Kohlehydrate. Doch spielt auch die Form der Darreichung insbesondere des Stärkemehles eine große Rolle. So hat v. Noorden die Erfahrung gemacht, daß in sehr vielen, besonders schweren Fällen, die Stärke in Form von Hafermehl mindestens doppelt so gut vertragen wird, als äquivalente Mengen Brot. Der günstige Einfluß des Hafers auf die Glykosurie und Acetonurie war umso größer, je mehr der Hafer in der Kost die Vorherrschaft erlangte. Diese Erscheinung weist Analogien mit der von anderen Autoren präconisierten Reis-, Kartoffel- oder Milchdiät auf, doch steht die Haferkost in ihren Resultaten weit voran. Es darf jedoch neben dem Hafer gar kein anderes Kohlehydrat gegeben werden, wenn Erfolg eintreten soll. Allerdings ist auch eine solche ausschließliche Hafer-Eiweißdiät nicht für die Dauer wertvoll, da, wenn nach 10—14 Tagen zu gewöhnlicher milder Diabeteskost zurückgegangen wird, leicht starke Acetonurie und starke Verschlechterung des Allgemeinbefindens eintreten. Es bedarf hier noch weiterer Studien, um diese in ihrem Wesen unklaren, schädigenden Faktoren auszuschließen. — (Deutsche Aerzte-Ztg., Nov. 1902.)

Ueber die Anwendung der physikalisch-chemischen Gesetze auf eine Frage der Magenpathologie. Von M. Bial.

Nach B. beruht die Möglichkeit der Hefegärung in atonischen Mägen trotz vorhandener freier Salzsäure auf der Anwesenheit von Chlornatrium, welches der Säure die antiseptische Kraft raubt. Erst bei starker Hyperacidität wird diese Eigenschaft des Na Cl paralysiert. Dieses merkwürdige Verhalten erklärt B. durch die neueren physikalisch-chemischen Theorien der Lösungen, nach welchen elektrolytische Körper bei der Lösung in ihre Ionen gespalten werden. Die antiseptische Kraft verdünnter Säuren hängt von dem Gehalte an H-Ionen ab, welcher jedoch durch die gleichzeitige Anwesenheit von Salzen derselben Säuren herabgesetzt wird. Deshalb vermindert vorhandenes Na Cl den Gehalt des H Cl-haltigen Magensaftes an H-Ionen und lähmt die antiseptische Wirkung der Säure. Diese Tatsache ist von bedeutender Tragweite für die therapeutische H Cl-Anwendung, wenn mit ihr antizymoti-

sche Wirkungen erzielt werden sollen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20, 1902.)

Ein Heilserum zur Bekämpfung der Morphinvergiftung und ähnlicher Intoxikationen. Von Dr. Leo Hirschlaff.

Ueber die Bildung von Antitoxinen und Immunseris gegen sämtliche bekannte bakterielle Toxine sind zwar ausgedehnte Untersuchungen angestellt, im Gegensatze hierzu liegen auf dem Gebiete der einfachen pflanzlichen Gifte, speziell der chemisch definierten, nur sehr geringe Erfahrungen vor. Sie beschränken sich auf die pflanzlichen Toxalbumine, wie das Ricin und Abrin. Ueber die Alkaloidvergiftungen ist in dieser Hinsicht nur wenig bekannt, speziell scheinen die wenigen vorliegenden Untersuchungen in bezug auf Schutzkräfte und Immunität nach der negativen Richtung hinzuweisen. Besonders hat Ehrlich behauptet, daß den chemisch definierten Giften nicht die Fähigkeit der Antitoxinbildung zukomme, daß die Angaben über antitoxische Sera, welche gegen anorganische Gifte, Glykoside oder Alkaloide wirken wollen, auf Irrtum beruhen. Schon vor Hirschlaff hatte Faust diese Frage gestreift, ob nämlich bei den enormen Dosen Morphiums, welche von Morphinisten verbraucht werden (bis zu 5·0 g pro die, während de norma die letale Dosis 0·3—0·4 g beträgt), nicht Schutzstoffe im Spiele seien, die das Morphinium unschädlich machen, ob bloß eine Abstumpfung der Körpergewebe gegen das Gift oder vielmehr eine Zerstörung desselben im Körper vorliege. Das aufgenommene Morphinium wird zum größten Teile, auch nach subkutaner Einverleibung, mit den Fäces ausgeschieden, im Harne erscheint es niemals. Bei akuten Vergiftungen an Hunden fand nun Faust $\frac{3}{5}$ der eingeführten Menge im Stuhle wieder, während bei der chronischen Vergiftung, obwohl die Tagesdosis bis 3·5 g betrug, nur Spuren in den Fäces nachweisbar waren. Daraus geht also zweifellos hervor, daß das Gift im Körper zerstört werden müsse, daß also die gegnerische Stellung Ehrlichs und seiner Schüler gegen die Antitoxinbildung durch Alkaloide mindestens bezüglich des Morphiums unberechtigt sei. Hirschlaff hat nun eine umfangreiche Experimentalreihe über diese Frage angestellt. Zuerst wurde die letale Minimaldosis für das Kaninchen festgestellt, dieselbe beträgt 0·58 g (= 0·24 pro Kilo Tier). Der Tod tritt nach dieser Gabe stets in akuter Weise am selben Tage ein. Gleichzeitig wurden eine Anzahl von Tieren mit steigenden Dosen von 0·015 pro dosi an behandelt und Maximaldosen von 0·51—1·20 pro die

nach mehreren Wochen erreicht. Im ganzen wurden 4·5—61·0 g pro Tier aufgewendet. Die Tiere ertrugen die Behandlung ganz gut, nahmen sogar an Gewicht zu. Das Serum wurde von so vorbereiteten Tieren entweder gegen Ende der Behandlung oder nach Ablauf einer mehrwöchentlichen Abstinenzperiode entnommen. Die Abstinenzerscheinungen waren niemals ausgesprochen, insbesondere fehlen alle schwereren Symptome, wie sie unter gleichen Umständen bei Hunden auftreten. Das so gewonnene Serum zeigte beträchtliche Schutzwirkung. Wurde einem normalen Tier 1—5 cm³ Serum und am Tage darauf die letale Dosis Morphium injiziert, so blieben die Tiere fast durchwegs am Leben; auch gegen höhere, sicher tödliche Dosen (0·38 g pro Kilo) war das Serum lebensrettend. Angesichts des schwankenden individuellen Verhaltens von Kaninchen gegenüber dem Morphium wurden die weiteren Untersuchungen an Mäusen angestellt. Die letale Dosis beträgt hier 0·0005—0·0007 g pro Gramm Körpergewicht. Diese Gabe tötet nach 46 angestellten Einzelversuchen in der Zeit von 20 Minuten bis 12 Stunden unter klonischen Krämpfen und Schweißausbruch. Wurde Mäusen 1 cm³ Serum von einem nicht vorbehandelten Kaninchen eingespritzt und am Tage darauf das Tier mit Morphium vergiftet, so wurde nichts am Resultate geändert, während 1 cm³ des Serums eines mit Morphium längere Zeit vorbehandelten Kaninchens eine Maus selbst vor der vierfach letalen Dosis schützen kann. Das Serum derjenigen Kaninchen, welche vor der Serumentnahme eine Abstinenzperiode absolviert hatten, zeigte ungefähr dieselbe Schutzkraft. Hierauf untersucht Hirschlaff, ob das Morphium die Fähigkeit besitze, sich mit den Gewebezellen, auf welche es sich als toxisch erweist (Gehirn) zu binden (analog dem Wassermann'schen Versuche mit Tetanustoxin). Eine Emulsion von Mausgehirn in physiologischer Kochsalzlösung wurde, mit Morphium 0·1 versetzt, eine Stunde im Brutschranke gehalten und dann zentrifugiert. Die toxische Wirkung war jedoch unverändert geblieben.

Ein günstiger Zufall gab Hirschlaff Gelegenheit, die Versuche auf den Menschen zu übertragen. Eine Patientin hatte aus Versehen 10 g einer Opiumtinktur ausgetrunken und wurde im benommenen Zustande, mit kaum fühlbarem Pulse ins Krankenhaus aufgenommen. Die Patientin erhielt 5 cm³ des Schutzserums neben anderen therapeutischen Maßnahmen und erholte sich rasch aus der Vergiftung, obwohl die genommene Dosis mindestens

0·66 g Morphium, also beinahe das doppelte der für den Menschen tödlichen Dosis (0·40 g nach v. J a c k s c h) beträgt. Dieser Erfolg ermunterte zu Untersuchungen über die Wirkungen des Serums während der chronischen Morphiumvergiftung und der Abstinenzerscheinungen. Morphinisten wurden einer plötzlichen Entziehungskur unterworfen und gleichzeitig das Heilserum (5 cm³) gegeben. Die Entziehung verlief ohne jede Reaktionserscheinung. In einem Falle wurde Serum injiziert, jedoch von der Kranken dennoch weiter das Morphium gebraucht; sie beschwerte sich jedoch, daß die gewohnte Beruhigung nach der Morphiumdosis sich nicht einstellte. H. deutet dies dahin, daß ein Teil des Giftes durch die Antikörper des Heilserums gebunden wurde. Doch sind die Fälle zu leichte und ungeeignete, um die Entscheidung über die Wirksamkeit des Serums in dieser Beziehung zu gestatten. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49, 50, 1902.) —

Ueber Infusionsbehandlung. Von Privatdozent Dr. Wilhelm Erklentz.

Als wesentlichster Faktor der günstigen Wirkung der Infusion müssen die Verdünnung der im Organismus zirkulierenden Giftstoffe und deren schnellere Elimination auf den natürlichen Exkretionswegen, namentlich durch die Nieren, angesehen werden. Der Harn enthält nach der Infusion beträchtlich vermehrten Trockenrückstand. Auch experimentell, bei Vergiftungen mit verschiedensten Substanzen, konnte die raschere Entgiftung des Organismus durch die Infusion bewiesen werden. Am günstigsten wirkt nicht die isotonische (0·90%ige) Kochsalzlösung, sondern die altbekannte 0·6% ige. Doch ist der Zustand der Nieren selbst bei der Entgiftung durch Infusion von größter Bedeutung. Wenn letztere durch das Gift zu rasch oder zu stark geschädigt sind, fällt die Wirkung der Infusion aus. Die klinischen Erfahrungen bestätigen diese Ergebnisse. Bei septischen Erkrankungen, Urämie und schweren Anämien; welche heute ja als toxische Erkrankungen angesehen werden, verzeichnet E. günstige Erfolge. Bei septischen Erkrankungen tritt nach der Infusion Temperaturabfall und Zurücktreten der Krankheitserscheinungen ein. Bei einer an maligner Endokarditis mit äußerst schmerzhaften Gelenkmetastasen erkrankten Frau verschwanden Schwellung und Schmerzen fast momentan. In einem Falle puerperaler Sepsis erweckte die Kranke aus der Benommenheit, eine zweite wurde durch systematische Infusionsbehandlung geheilt. Auch bei Urämie übte

die Infusion augenblickliche günstige Wirkung aus. Meist stellte sich im Anschlusse reichliche Diurese ein, sehr häufig mit hohem spezifischen Gewicht trotz steigender Harnmenge. Bei Anämien waren die Resultate stets befriedigend, einmal trat unmittelbar nach der Infusion bei einem bereits dem letalen Ausgange nahen Manne eine völlige Wendung ein.

Die Infusion muß **k o n t i n u i e r l i c h** angewendet werden. Am besten ist es, so lange ernstere Krankheitserscheinungen andauern, 1—2 l ein- oder mehrmals täglich **s u b k u t a n** zu infundieren. Nur dort, wo es auf schnelle Wirkung ankommt, ist die intravenöse Infusion vorzuziehen. Die Kochsalzlösung muß eine isotonische sein (0.90—0.92%), trotz rascherer Wirkung der niedriger konzentrierten Lösungen, um das Blut nicht zu schädigen. Als Flüssigkeitsbehälter dient ein Irrigator oder Trichter, im Notfalle eine größere Spritze. Die Infusionskanüle ist ziemlich stark und scharf und wird in eine Falte der sorgfältig desinfizierten Haut von Brust, Bauch oder Oberschenkel eingestochen. Die Temperatur der Lösung betrage 40° C. Die einströmende Flüssigkeit kann noch durch Massage verteilt werden, so daß in kurzer Zeit 1—2 l beigebracht werden können. Die intravenöse Infusion erfordert Einbinden der Kanüle in eine feinpräparierte und quer durchschnittene Armvene. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 1, 1903.)

Physikalische Therapie.

Physikalisch-diätetische Behandlung der Magenkrankheiten in der Praxis. Von Albert Wittgenstein.

Der Vf. macht uns in seinem Werkchen mit den physikalischen und diätetischen Heilmitteln bekannt, die, bisher nur wenig gewürdigt und in den Lehrbüchern zu kurz erwähnt, mit dem besten Erfolge bei den verschiedensten Erkrankungen des Magens angewendet werden können. Im allgemeinen Teil bespricht Vf. zunächst besonders ausführlich die hydriatischen Prozeduren, ohne jedoch die anderen Heilfaktoren, als Elektrotherapie, Massage, Heilgymnastik, Magenspülung, Diät etc. zu vernachlässigen. Namentlich in Bezug auf Diät ist dem Vf. nachzurühmen, daß er manche verbreitete Fehler und Vorurteile in der Ernährung Magenkranker besonders hervorhebt und richtigstellt. Der zweite Teil beschäftigt sich mit den therapeutischen Indikationen bei den einzelnen Magen-

krankheiten recht deutlich und zweckentsprechend. Ganz besonders bemerkenswert ist der Anhang von Kochrezepten, in denen einige nützliche Winke für die Praxis gegeben werden. In allem ist das Buch in seiner gedrängten und doch alle Möglichkeiten berücksichtigenden Form ein guter Ratgeber für den praktischen Arzt.

B.

Das elektrische Lavement, seine Indikationen und Kontraindikationen. Von Zimmern.

In Bezug auf die Aetiologie lassen sich die Fälle von Darmokklusion in zwei Gruppen scheiden, in akute und chronische Formen. Bei den ersteren handelt es sich um Stenosierung des Darmes durch Abschnürung, innere Hernien, Volvulus, bei Kindern um Invagination. Die chronischen Fälle können bedingt sein durch narbige Verengung infolge von Intestinaltuberkulose, Dysenterie, Typhus. Vf. ist nun der Ansicht, daß das elektrische Lavement zu wenig angewendet wird. Bei den akuten Formen des Darmverschlusses soll das elektrische Lavement gleich bei Beginn gegeben werden, ein zweites nach 3—4 Stunden und darf man mit Wiederholungen nicht zögern, bis ausgiebiger Abgang von Gasen und Fäces erfolgt, was gewöhnlich nach 3—4 Sitzungen erfolgt. Vf. sah Volvulus oder Abschnürung sich durch die unter dem Einflusse der Elektrizität bewirkten Darmbewegungen lösen. Erst wenn das Mittel innerhalb der ersten 24 Stunden versagt, muß sofort zur Laparotomie geschritten werden. — In chronischen Fällen ist das Resultat der elektrischen Behandlung fast immer ein günstiges. Bei Stenosen infolge Kompression oder Carcinose ist es, namentlich, wenn die Operation kontraindiziert ist, ein notwendiges Palliativum. Ferner kommt das elektrische Lavement in Betracht bei der sterkoralen Obstipation der Irren, Hysterischen, bei Paralytikern und alten Hämorrhoidariern. Eine weitere Indikation geben ab die reflektorischen Darmlähmungen, die Pseudostenosen nach Kontusion des Abdomens, bei Enteritis, Nieren- und Leberkoliken, nach abdominalen Operationen, bei gewissen chronischen Peritonitiden etc. Kontraindikationen sind: Appendicitis, Herzinsuffizienz, hochgradige allgemeine Schwäche. — (Rev. de Thérap. Nr. 20, 1902.)

B.

Versuch mit zellenloser Behandlung und hydrotherapeutischen Maßnahmen. Von W. Alter.

Vf. macht in der Irrenanstalt von Leubus Versuche, um die Isolierung von Geisteskranken zu vermeiden, sie zu beruhigen,

ohne vermehrten Gebrauch narkotischer Mittel, einzig und allein durch protrahierte Bäder und Packungen. Die guten Erfolge sind höchst beachtenswert und zeugen für die ausgezeichnete sedative Wirkung der hydrotherapeutischen Maßnahmen. Er berichtet über 16 Kranke, von denen 10 dauernd gewalttätig, zerstörungssüchtig und höchst unsauber waren. Vf. ließ die Patienten mit täglich 2—3 je 1½—2 Stunden dauernden Bädern von 34—36° C. behandeln. Der Erfolg der Bäder war ausgezeichnet, sowohl bei den Paralytikern, wie bei den alten Fällen. Er konnte beinahe augenblicklich mit Medikamenten aufhören. Die Nächte wurden gut, die Nahrungsaufnahme besserte sich und das Körpergewicht wurde gehoben, die aggressiven und destruktiven Tendenzen schwanden, die Unsauberkeit hörte auf. Diese Erfolge ermutigten den Vf. zu weiteren Versuchen, welche ebenso glückten, so daß zur Zeit in der Anstalt kein Patient mehr isoliert ist, und arzneiliche Beruhigungsmittel nur ganz ausnahmsweise verwendet werden. Einpackungen von 33—35° C. waren auf den Schlaf oft von noch besserer Wirkung, als die Bäder. — (Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie Nr. 146, 1902.)

B.

Die Sitzbäder. Von Dozent Dr. B. Tschlenoff.

Im Sitzbad soll das Wasser etwa bis zur Nabelhöhe des Patienten reichen. Wegen der Rückstauungskongestion ist kalte Waschung der Brust und des Kopfes und das Aufsetzen einer naßkalten Kappe auf den Kopf des Patienten notwendig. Ein kaltes Sitzbad von kurzer Dauer (8—15° R. und 3—5, höchstens 10 Minuten Dauer) bewirkt im ersten Moment eine Verengung der Blutgefäße der mit dem Wasser in Berührung kommenden Hautpartien und der Blutgefäße der Unterleibsorgane, eine Erregung der sensiblen und motorischen Nerven und Nervenzentren der betreffenden Region (Sexualorgane, Blase, Darm, Splinkteren), eine Herabsetzung der Mastdarmtemperatur. Verläßt der Patient nach einigen Minuten das Bad, so folgt die sogenannte Reaktion, reaktive Gefäßerweiterung in der ganzen Hautpartie und in den Unterleibsorganen, also stärkere Blutfüllung der betroffenen Organe und Erhöhung der Mastdarmtemperatur. Infolge der lebhafteren Blutströmung und höheren Erregung wird auch die Funktion der obgenannten Organe gesteigert. Das kurze kalte Sitzbad ist mithin indiziert: bei Schwächezuständen der männlichen Sexualorgane, bei spärlichen Menstruationen des Weibes, Amenorrhöen, auf Anämie beruhendem Fluor albus, Erschlaffung der Gebärmutter. Ferner

bei chronischen Zuständen des Magen-Darmkanals (Stuhlverstopfung, Blähungen etc.), Katarrhen dieses Organes mit motorischer Schwäche und mangelhafter Magensekretion, bei paretischen Zuständen der Blasenmuskeln, Schwäche des Sphinkter ani und Rektumprolaps. Nach P i n g l e r auch bei atonischen Gebärmutterblutungen vor und namentlich nach der Ausstoßung der Placenta (10° und eine Minute Dauer). Endlich bei Stauungen in den Unterleibsorganen (Leber) und als Ableitungsprozedur bei Kongestionen zu den Organen des Oberkörpers, z. B. bei Leuten, die geistig viel tätig sind. Kontraindiziert sind die kurzen kalten Sitzbäder überall da, wo die reaktive Blutwallerung schädlich sein würde, bei akuten Entzündungen und bei Erkrankungen der Unterleibs-, Becken- und Geschlechtsorgane. Man beginne mit der höheren Temperatur (15° R.) und gehe allmählich auf eine tiefere (10° R.) herab. Bei der niedrigen Temperatur soll das Bad nie länger als 5—6 Minuten dauern. — Ganz andere Wirkung haben länger dauernde kalte Sitzbäder (Temp. 8—15° R., Dauer 10—30 Minuten und noch länger): Andauer der Primärwirkung während der ganzen Dauer des Bades, späteres und langsames Auftreten der Reaktion, die weniger ausgesprochen ist, ja bei sehr lange dauernden kalten Sitzbädern ganz ausbleibt. Infolge dessen eine dauernde Verengerung der Hautgefäße und der Blutgefäße sämtlicher Unterleibsorgane, Verminderung des Blutgehaltes, Herabsetzung der Temperatur der Beckenorgane und infolge dieser Wirkung eine Herabsetzung der motorischen, also peristaltischen, wie Beschränkung der sekretorischen Tätigkeit des Magen-Darmkanals, Herabsetzung der Erregbarkeit im ganzen Nervengebiet, ebenso der Funktion und des lokalen Stoffwechsels in den betreffenden Organen. Diese Sitzbäder sind also indiziert bei Blutungen und Entzündungen der Becken- und Unterleibsorgane, nach W i n t e r n i t z mit einer vorausgehenden, energischen, feuchten Abreibung bei Diarrhöen, selbst bei den schwersten Formen mit dysenterischen Prozessen, indem durch diese Sitzbäder die Hyperämie der Darmschleimhaut, die erhöhte Peristaltik und gesteigerte Sekretion in dem Darm bekämpft werden. Kontraindiziert sind sie bei kolikartigen Schmerzen in den Unterleibsorganen und bei Blasenkatarrhen mit Tenesmen. — Die dritte Form der Sitzbäder ist die mit Wasser von 24—26° bis etwa zu 16° R. und 5—20 Minuten Dauer. Diese kühlen oder temperierten Sitzbäder setzen die Temperatur langsam herab und tritt die reaktive Blutwallerung zur Haut und zu den Unterleibs- und Becken-

organen auch nur mäßig und allmählich ein. Sie sind eine milde Form der kurzen kalten Sitzbäder und ist ihre Wirkung eine ähnliche. Eigentlich indiziert sind sie bei allen entzündlichen Affektionen der Beckenorgane, der Gebärmutter und der Ovarien, bei Fluor albus, Entzündungen um die Harnröhre, um das Rektum und den Mastdarm, bei entzündetem Hämorrhoidalknoten, auch bei Blasenkatarrhen und Gonorrhöen (Dauer 15—20 Minuten). Sie sind nützlich bei Magen- und Darmkatarrhen und allgemeiner Verdauungsschwäche, bei nervösen Dyspepsien und sexueller Schwäche der Neurastheniker. Sie finden häufig Anwendung bei Neurasthenikern mit zerebralen Erscheinungen und Schlaflosigkeit. Die kühlen Sitzbäder sind auch die häufigsten Prozeduren der modernen Hydrotherapie.

Man beginne auch hier mit höheren Temperaturen und etwa halbstündiger Dauer und gehe erst allmählich, etwa jeden zweiten, dritten Tag um 1° auf niedrigere Temperaturen herunter, wobei auch die Dauer (8—10 Minuten) geringer wird. Namentlich bei reizbaren Neurasthenikern muß man oft bei höheren Temperaturen (z. B. 22° R.) stehen bleiben. Vor dem Bade ein kurzer, nach demselben ein tüchtiger Spaziergang bis zur Erwärmung. — Die Indikation der vierten Form von Sitzbädern, der warmen und heißen (26—31° R., 1/2 Stunde Dauer und länger), welche Hyperämie, passive Gefäßerweiterung und Herabsetzung der gesteigerten Erregbarkeit nervöser und muskulöser Gebilde bedingen, ist allgemein bekannt. Sie nützen bei kolikartigen Schmerzen und Krampf- formen der Beckenorgane und Geschlechtsteile (Tenesmen der Blase, Menstruationskoliken, schmerzhaften Erektionen). Ferner sind sie anzuwenden bei erhöhter Reizung der männlichen Sexualorgane, häufigen Pollutionen, behufs Resorption von chronischen Schwellungen und Exsudaten der Beckenorgane und um dieselben. Bei älteren entzündlichen Exsudaten in den Beckenorganen werden manchmal die heißen Sitzbäder, mit kalten, kurzen (12—10° R. und 1—2 Minuten Dauer) kombiniert, guten Erfolg aufweisen. — (Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte, Nov. 1902.) B.

Chirurgie.

Beitrag zur Kenntnis der Roth-Bernhard'schen Meralgie und ihrer operativen Behandlung. Von Dr. Neisser und Dr. Pollack.

Ein 18jähriger, früher ganz gesunder, junger Mensch bekam, nachdem er das Gärtnerhandwerk ergriffen hatte, Schmerzen in der Hüfte und im linken Oberschenkel an der Vorderseite, welche hauptsächlich auftraten, wenn Patient nach längerer Ruhe zu gehen anfing. Die Schmerzen verschwanden anfangs beim Gehen nach einiger Zeit. Mit der Zeit steigerten sich die Schmerzen und traten auch bei aufrechtem Stehen bei einer gewissen Haltung auf. Im Liegen verschwanden alle Sensationen. An der Außenseite des Oberschenkels bestanden Abnormitäten der Hautsensibilität (Parästhesien, Anästhesien, Thermanästhesie), außerdem konnte Druckschmerzhaftigkeit des linken N. femoralis unterhalb des Leistenbandes konstatiert werden. Es handelte sich also um charakteristische Sensibilitätsstörungen, die in typischer Weise im Anschluß an motorische Leistungen auftraten; atypisch war nur das starke Mitergriffensein des N. femoralis.

Bei der nun folgenden Operation konnte konstatiert werden, daß der N. femoralis am Leistenbande durch den scharfen unteren Rand des Bandapparates (Lig. inguinale und Lig. ileopectineum) in nicht unbedeutendem Maße gedrückt wurde. Dieser Rand wurde eingeschnitten und durch Einführen des Zeigefingers der Nerv freigemacht. Nach der Operation trat bald eine Besserung aller Erscheinungen im Gebiete des N. femoralis und des N. cutaneus femoris ein und Patient konnte bald seiner Arbeit nachgehen.

Der Befund und der Erfolg der Operation beweisen also, daß die Ursache der Meralgie in einem mechanisch-irritativen Zustande des N. femoralis und cutaneus femor. lateralis gelegen war. Obwohl diese Erklärung nicht für alle Fälle von Meralgie zutreffen dürfte, beweist der Fall, daß die Theorie der toxischen oder infektiösen Neuritis ebenfalls keine allgemeine Gültigkeit besitzt. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., B. 10, Nr. 3 u. 4.)

Beiträge zur Frage der Frühoperation bei Appendicitis. Von Prof. Payr.

Die Methode, die den Ausspruch Dieulafoys: „an einer Appendicitis darf niemand sterben“, zur Wahrheit machen würde, ist nach Ansicht des Vfs. zwar noch nicht gefunden, die prin-

zipielle Frühoperation hält er jedoch für den besten Weg, diesem idealen Ziele näher zu kommen.

Die Frühoperation ist ein technisch leicht auszuführender Eingriff und es gelingt dabei fast immer, den Processus vermiformis zu entfernen und die Patienten mit einem Schlage definitiv zu heilen. Da die Operation nur ganz kurze Zeit dauert (20 Minuten), ist die Gefährdung des Peritoneums naturgemäß eine viel geringere, als bei den später auszuführenden, wegen der Verwachsungen stundenlang dauernden Operationen. Bei der Frühoperation genügen kleine Schnitte, so daß die Gefahr eines Bauchwandbruchs eine geringere wird. Außerdem schützt die Frühoperation vor den Folgen der Appendicitis, wie z. B. den schweren Verwachsungen in der Bauchhöhle, die unvermeidlich sind, wenn der Prozeß längere Zeit andauert und die später, trotz der Entfernung des Wurmfortsatzes, schwere Darmstörungen verursachen können.

Vf. verlangt daher, daß in allen Fällen von Appendicitis in den ersten 24—48, bis längstens 60 Stunden nach Beginn der Erkrankung mit der Frühoperation ein Versuch gemacht wird, und dies umso eher, als es derzeit nicht möglich ist, eine genaue anatomische Diagnose der Appendicitis zu stellen, die gefährlichen von den weniger gefährdenden Fällen zu unterscheiden und dementsprechend den richtigen Zeitpunkt für die Operation zu bestimmen. Die Berechtigung der Frühoperation ist weiters daraus zu deduzieren, daß die Frühoperation eine Mortalität von 2%, die expektative Behandlung eine Mortalität von 12% aufweist.

Wenn seit dem Beginne des Anfalles 48—60 Stunden bereits verstrichen sind, dann werden die Aussichten auf Genesung viel schlechter, doch soll auch in diesem Stadium die Operation ausgeführt werden. Während man für die Frühoperation mit einer leichten Aethernarkose auskommt, genügt für die einfache Eröffnung eines appendicitischen Abszesses die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie. Im Widerspruche zu anderen Beobachtern glaubt Vf., daß es nicht notwendig ist, bis zur Heilung der ersten Inzisionswunde zu warten, um den Processus vermiformis dann radikal zu entfernen; es genügt, solange zuzuwarten, bis die Temperatur zur Norm abgefallen ist, der Eiter seinen üblen Geruch verloren hat und keine nekrotischen Gewebefetzen mehr aus der Höhle kommen.

Für diejenigen Fälle, in denen aus äußeren Gründen eine Operation im Frühstadium nicht möglich ist, empfiehlt Vf. die

Behandlung nach den Vorschriften *Oehsners* durchzuführen (Magenspülungen, rektale Ernährung, absolute Enthaltung der Ernährung per os); unter diesem Regime ist seiner Meinung nach am ehesten eine Verminderung der Mortalitätsziffer bei exspektativer Behandlung zu erwarten. — (Langenb. Arch. f. klin. Chir., Bd. 68, Nr. 2.)

Schädeltrepanation wegen Kopfschmerzen. Von Dr. Ernst Siegel.

Einen interessanten Fall günstiger Beeinflussung von langdauernden Kopfschmerzen durch die Trepanation teilt Vf. mit: Es handelte sich um ein 27jähriges Fräulein, bei dem im Alter von 2¹/₂ Jahren eine Vertiefung an dem linken Scheitelbein bemerkt wurde; diese Vertiefung scheint intra partum entstanden zu sein. Patientin litt schon, solange sie sich erinnern konnte, an Kopfschmerzen an dieser Stelle. Alle 3—4 Monate hatte sie Attacken, die 3—4 Tage lang währten und der Hauptsache nach in einem dumpfen Gefühle im Kopfe bestanden. Mit zunehmendem Alter wurden die Beschwerden intensiver, die Anfälle dauerten länger und kehrten häufiger wieder; schließlich war Patientin kaum schmerzfrei und wurde infolge dessen arbeitsunfähig. Außer der erwähnten Vertiefung über dem linken Scheitelbein bestand keine Körperanomalie; nur beim Liegen trat eine ödematöse Schwellung dieser Partie auf, das Oedem schwand bald nach dem Aufstehen. Patientin hatte nie an epileptischen Anfällen gelitten.

Wegen der heftigen Beschwerden entschloß sich Patientin zur Operation. Die vertiefte Knochenpartie wurde mittels Meißel und Hammer herausgenommen, wobei sie in zwei Teile zersprang. Der Knochen war sklerosiert, mit der Dura leicht verwachsen. Das Gehirn, das nach der Bloßlegung nicht pulsierte, erholte sich allmählich und fing ziemlich kräftig zu pulsieren an. Die beiden Knochenstücke wurden in den Defekt zurück so eingelegt, daß sie die Dura nicht berühren konnten. Naht der Wunde, Heilung per primam.

Im Anschlusse an die Operation verlor Patientin die Kopfschmerzen ganz und erlangte ihre Arbeitsfähigkeit wieder.

Die Zahl der Fälle von Kopfschmerzen, die durch Trepanation geheilt werden können, ist gering; es sind dies diejenigen Fälle, bei welchen Veränderungen am Schädel vorhanden sind, und der Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen und dem Kopf-

schmerz nachgewiesen wurde. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., Bd. 10, H. 3 u. 4.)

Die Arteriosklerose in den unteren Extremitäten. Von Prof. W. Zoege v. Manteuffel.

Die fortgeschrittenen Fälle von Arteriosklerose der Extremitäten, die mit Cyanose und Gangrän einhergehen, sind leicht zu erkennen; hingegen werden die Anfangsstadien leicht verkannt, was umso trauriger ist, als nach der Erfahrung des Vfs. gerade bei diesen Fällen therapeutisch viel zu leisten und häufig die Gangrän zu verhüten ist. Das häufigste Symptom ist im Anfangsstadium der Schmerz; bald zuckt es in den Zehen, bald zieht es in den Waden, manchmal lokalisiert sich der Schmerz in der Sohle, und zwar gerade nicht selten bei alten Leuten am Haken. Diese Schmerzen treten nach Gemütsbewegungen, Muskelarbeit auf, die Leute werden leicht ermüdet; manchmal klagen die Patienten über „kalte Füße“ oder Vertaubungen. Bei der Untersuchung findet man die Haut der Füße blaß, schilfernd, wie mit Mehl bestäubt, Hyperkeratose an den Nägeln; häufig beobachtet man eigentümliche, rote, ödematöse, mehr oder weniger zirkumskripte Schwellungen, die auf Fingerdruck schwinden. Die Arterien sind verdickt und es zeigen sich häufig Differenzen in der Pulsspannung auf beiden Seiten. Schon frühzeitig treten infolge der mangelhaften Ernährung der Muskulatur Erscheinungen ein, die als Claudication intermittente oder auch als Dysbasia beschrieben wurden und die in plötzlich während der Lokomotion auftretender schmerzhafter Ermüdung bestehen, die sich bis zur Unmöglichkeit jeder Bewegung steigern können. Die Patienten erholen sich schnell; die Ermüdung und die Erholung wechseln in regelmäßigen Intervallen.

In prophylaktischer Beziehung schlägt Vf. vor, Abusus von Tabak, übermäßige Kälteeinwirkungen, langes Stehen, schwere körperliche Arbeit mit sogenannten Maximalleistungen zu meiden, da diese Schädlichkeiten häufig zu Arteriosklerose führen. Bei Syphilis und Quecksilber kommen die Warnungen gewöhnlich zu spät.

Das wichtigste Ziel der Therapie in den Anfangsstadien wird es sein, durch geeignete Maßnahmen den Elastizitätsverlust der Gefäßwand und den dadurch gesetzten Verlust an treibender Kraft zu ersetzen, zu kompensieren, u. zw. durch Uebung des Herzens. Die bereits vorhandene Sklerose der Gefäßwand rück-

gängig zu machen, wird es wahrscheinlich nie gelingen. Die Beeinflussung des Herzens wird bei jugendlichen Herzen leichter gelingen, als bei älteren Individuen; „Uebung und Schonung“ sind die wichtigsten Grundsätze der Behandlung. Die Dysbasia intermittens gelang es Vf. stets durch Massage und Gymnastik in günstiger Weise zu beeinflussen, ebenso auch noch Fälle mit beginnender Gangrän an den Zehen. Die Massage muß aber mit der größten Vorsicht vorgenommen werden, und die erkrankte, cyanotische Partie darf nicht geknetet und bewegt werden. Der vom Vf. eingeschlagene Weg ist folgender: Im Anfang Massage (Effleurage des Oberschenkels), vorsichtige Fußrollungen, leichte Effleurage des Leibes. Der kranke Fuß und Unterschenkel werden gar nicht berührt. Durch die Effleurage gelingt es stets, die Frequenz des Pulses um 5—10 zu Gunsten der Höhe der Pulswelle zu vermindern. Erst nach Wochen wird der Unterschenkel und noch später der Fuß massiert. Die Wirkung der Massage konnte Vf. an einem Patienten mit Gangrän der Zehe verfolgen, indem nach zehn Minuten Massage des Oberschenkels die livide Zehe blaß wurde und die früher geschwollene Haut sich runzelte. Wichtig ist es, die Arteriosklerotiker lange Zeit im Bett zu halten, um jegliche Störung im venösen Gebiete zu vermeiden; die Extremität muß horizontal, nicht erhöht gelagert werden.

Aus allgemeinen Indikationen werden allen Patienten innerlich Jodpräparate (Jodkali, Jodnatrium, Jodol) verabreicht; die Kranken loben ihre Wirkung sehr. In frühen Fällen leisteten Kissinger oder Nauheimer Sprudelbäder vorzügliche Dienste, indem die Schmerzen nach jedesmaligem Kurgebrauch in den obgenannten Orten stets verschwanden. Auch Moorbäder hatten einen günstigen Einfluß, während imitierte Kohlensäurebäder lange nicht dasselbe leisteten, was natürliche. Wenn man so weit ist, daß der Kranke gehen kann, so soll das Gehen systematisch geübt, aber nie so weit getrieben werden, daß die bekannten krampfartigen Schmerzen entstehen. Die Patienten müssen die Schritte zählen und später sich einen Stuhl nachtragen lassen.

Bei Gangrän von einzelnen Zehen, kann man (bei Frostgangrän und jugendlichen Individuen) noch längere Zeit exspektativ verfahren; man hüte sich dann vor Nekrotomien, Durchschneidungen von Knochen und Sehnen, weil bei der dürftigen Reaktion der Gewebe es leicht zu einer phlegmonösen Entzündung kommen kann. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., Bd. 10, H. 3 u. 4.)

Zur Kasuistik der Schädel- und Gehirnverletzungen. Von Dr. Amberger.

Vf. berichtet über sechs interessante Fälle von Schädelverletzungen, die in den letzten Jahren an der chirurgischen Abteilung des Prof. Rehn operiert wurden. Fünf betreffen Patienten, die durch Sturz oder Stoß schwere Verletzungen des Schädels erlitten hatten, und zwar handelte es sich bei zweien derselben um *Schädelbasisfrakturen* mit intrakraniellen, durch die Operation entfernten Hämatomen an der Basis; das eine derselben war bereits infiziert und hatte zu beträchtlichen Temperatursteigerungen geführt. Bei den drei anderen handelte es sich um Folgeerscheinungen von Traumen der Convexität. Alle fünf Patienten genasen. Besonders interessant erscheint der sechste Fall, bei dem es sich um eine Schußverletzung des Schädels mit Steckenbleiben der Kugel in der mittleren Schädelgrube handelte. Infolge einer Blutung aus dem Sinus cavernosus hatte Patient einen epileptischen Anfall nach dem anderen. Bei der Operation konnte die Kugel von der Schädelbasis aus nicht erreicht werden und konnte erst extrahiert werden, als der Schußkanal im Gehirn mit dem Finger erweitert wurde. Nach Extradierung der Kugel trat eine heftige Blutung wahrscheinlich aus dem Sinus cavernosus ein, dieselbe stand aber bald auf Tamponade mit Jodoformgaze. Sofort nach Extradierung der Kugel wurden die epileptischen Krämpfe schwächer und hörten bald darauf gänzlich auf.

Der weitere Verlauf war durch einen beträchtlichen Prolaps des Gehirns kompliziert, der nur langsam zurückging. Heilung erfolgte ohne jede motorische oder Intelligenzstörung.

Die Fälle zeigen, wie aussichtsvoll, bei peinlich durchgeführter Asepsis, selbst schwere Gehirnverletzungen behandelt werden können, wenn eine genaue topische Diagnose es ermöglicht, planvoll die Ursachen der Schädigung aufzusuchen und, soweit es angeht, zu entfernen. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 35, II. 3.)

Ueber die Verwendung kleiner Gummiringe zur Druckentlastung schmerzhafter Punkte am Fuß. Von Dr. Bettmann.

Um schmerzhaftige Punkte am Fuße (bei Plattfuß, Metatarsalgie etc.), die beim Gehen stark belastet werden, zu entlasten, verwendet Vf. ein sehr einfaches Verfahren, das er sowohl bei sich, als auch bei anderen Patienten mit gutem Erfolge erprobt hat. Er nimmt einen kleinen Gummiring, wie er zum Bierflaschenverschluß gebräuchlich ist, polstert ihn ein wenig mit Watta und

befestigt ihn mit Heftpflasterstreifen. Der kleine Verband muß von Zeit zu Zeit erneuert werden und kann nach Beseitigung des entzündlichen Reizzustandes weggelassen werden. (Denselben Dienst dürften die aus einem flanellähnlichen Stoffe verfertigten, sogenannten Hühneraugenringe, die an der Unterfläche mit einem Klebstoff versehen sind, erfüllen. Man erspart dadurch den Verband. Anm. des Ref.) — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47, 1902.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Blutungen in der Nachgeburtszeit. Von Dr. S. Bishop.

Vf. bezweckt mit seinem Vorgehen direct die den Uterus versorgenden Gefäße zu beeinflussen, indem er einerseits den venösen Rückfluss des Blutes zu befördern und anderseits den arteriellen Zufluss zu beschränken sucht. Er bewerkstelligt den ersten dadurch, dass der Uterus höher gelagert wird, als das Herz, indem man einen Tisch unter das Fussende des Bettes stellt oder die Patientin in Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung bringt, das letztere durch Compression der Aorta mit geballter Faust. Diese Compression der Aorta wird so lange fortgesetzt, bis die Musculatur des Uterus wieder contractionsfähig geworden ist. Vf. hält das Anziehen des Uterus mittels Kugelstangen ebenfalls für wirksam, doch widerräth er die Anwendung wegen Verletzungs- und Infectionsgefahr. (Lancet, April 1901.)

Königstein.

Ist der Krebs heilbar? Von Prof. A. Adamkiewicz.

Vf. berichtet über einen Fall schwerster krebsiger Entartung, welcher mit A'schen Cancroininjectionen behandelt wurde und sich der Zustand wesentlich zum Besseren wendete. Es handelte sich um einen Fall krebsiger Entartung des Uterus, der Vagina und Parametrien allerschwerster Natur, der so weit vorgeschritten war, dass an eine Operation nicht zu denken und jeden Augenblick Durchbruch in Blase und Mastdarm zu befürchten war. Die Injectionen mit dem von Vf. angegebenen Cancroin hatten, wie schon oben erwähnt, zur Folge, dass der Zustand der Patientin sich wesentlich besserte, und zwar in örtlicher und allgemeiner Beziehung. Schlaf und Appetit stellten sich wieder ein. Blutungen und Schmerzen hörten wieder auf. Der Krankheitsherd selbst zeigte Erweichung und Abnahme, jedoch nicht gänzlichen Schwund der Tumormasse. Nach Ablauf eines Jahres mit Beginn der Erkran-

kung war der Befund ein noch viel besserer. Die Vagina zeigte sich vollkommen frei und normal weit, der Fornix war wieder herauszutasten, der früher stark vergrösserte Harnröhrenwulst ist ganz geschrumpft. Die Gebärmutter jedoch ist im Ganzen vergrössert, fühlt sich uneben und hart an und ist mit der vorderen Bauchwand verwachsen. An der hinteren Muttermundlippe ist noch ein Wundkrater vorhanden, sonst ist alles überhäutet. Vf. erklärt diesen Befund damit, dass nur die lebensfrischen und im Wachsen befindlichen Krebszellen, durch Cancroin zur Nekrose gebracht, erweichen und dann resorbirt oder abgestossen werden, während besonders bei alten voluminösen Carcinomen Teile vorhanden sind, die entweder gar nicht reagiren oder nachdem sie durch Cancroin abgetödtet worden sind, als todtte Massen an ihrer Stelle verbleiben und dort verhärten. Vf. schliesst aus dem mitgetheilten Falle, dass 1. der Krebs heilbar ist, 2. das Problem der Krebsheilung vom wissenschaftlichen Standpunkte als gelöst zu betrachten ist. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1901.) Königstein.

Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberculose. Von Dr. L. Casper.

Die Blasentuberculose ist fast ausnahmslos nach der Erfahrung des Vf. mit einer Tuberculose anderer Organe verbunden. Zumeist sind die Nieren, dann die Genitalien und Lungen gleichzeitig erkrankt. Primär sah der Vf. die Blasentuberculose nur dreimal. Zweimal schloss sie sich an eine gonorrhöische Cystitis an. Bei allgemeiner Tuberculose und einigen Fällen primärer Nierentuberculose war erbliche Belastung nachweisbar. Dass eine Infection mit Tuberculose direct durch Cohabitation stattgefunden habe, ließ sich in keinem einzigen Falle nachweisen. Gonorrhöe scheint dagegen häufiger zur Urogenitaltuberculose zu führen. Vf. glaubt die Gonorrhöe der Blase einem Trauma gleichsetzen zu können, wodurch besonders bei belasteten Individuen eine für die Entwicklung der Tuberculose günstige Prädisposition gegeben ist. Die tuberculöse Cystitis zeigt im Allgemeinen dieselben Symptome wie die der anderen Formen der Cystitis. Harndrang, Schmerz beim Uriniren und eitriger Urin. Blut manchmal makroskopisch, bisweilen nur mikroskopisch zu erkennen, fehlt oft gänzlich. Tuberkelbacillen sind nur in 50% der Fälle nachzuweisen.

Die cystoskopischen Bilder der Blasentuberculose haben für dieselbe nichts Charakteristisches. Tuberkelknötchen sind ein seltener

Befund. Das Cystoskopiren soll nur in dringenden Fällen vorgenommen werden, da sich der Zustand daraufhin verschlechtert. Zur Richtschnur diene, dass bei chronischen Fällen die Ausdehnungsfähigkeit der Blase bleibend vermindert ist, und erfolglose sachgemässe Spülungen den Verdacht erwecken müssen, dass es sich entweder um keine reine Cystitis, oder um Tuberculose der Blase handelt. Was die Behandlung betrifft, so muss dieselbe auf die Hebung der Gesamtkräfte bedacht sein. Innerlich empfiehlt Vf. Creosotal und Guajakolcarbonat, auch in Form von Klysmen zu appliciren. Bei örtlicher Behandlung der Blase warnt Vf. vor Spülungen in der üblichen Form, da durch dieselben die Blase ausgedehnt wird, was unter allen Umständen zu vermeiden ist. Günstige Wirkung erzielte Vf. durch Instillation von 5—10 cm³, jedoch niemals mehr als 50 cm³ Sublimatlösung (1 : 10.000—1 : 5000, höchstens 1 : 1000) mittels weicher Instrumente. Vor Milchsäure, selbst in Form von Cocañnum lacticum, warnt er, da sie sich als zu schmerzhaft erwies. Auch die Sublimat-einspritzung ist immer von einem schmerzhaften Reactionsstadium gefolgt, so dass man 1—2 Tage Morphinum verabreichen muss. Diese Instillationen dürfen nur ein-, höchstens zweimal wöchentlich gemacht werden. Bereits nach drei bis vier solchen therapeutischen Massnahmen ist eine günstige Wirkung zu verzeichnen. Vor operativen Eingriffen, so Eröffnung der Blase und Ausschaben, Ausbrennen, Ausschneiden der Geschwüre, partielle oder totale Abtragung der Schleimhaut, warnt der Vf. aufs Nachdrücklichste. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28, 1902.)

Königstein.

Zur Extraction der Fremdkörper aus der Blase. Von Dr. G. Berg.

Vf. berichtet über eine 24jährige Patientin, bei welcher gelegentlich masturbatorischer Manipulationen eine Haarnadel in die Blase geschlüpft war. Die äussere Untersuchung ergab am Orificium externum Wucherungen infolge langjähriger Masturbation, sowie eine Zerklüftung der Harnröhrenschleimhaut. Bei der cystoskopischen Untersuchung konnte die Haarnadel in der Blase nachgewiesen werden, sowie eine stete Lageveränderung derselben einerseits wegen des geringen Gewichtes, anderseits wegen der starken Zusammenziehungen der Blasenmuskulatur. Weiters zeigte das cystoskopische Bild eine starke Entwicklung der Trabekel und Ureterenwülste, sowie Cystitis und Urethritis. Behufs Ex-

traction der Haarnadel wurde die Blase mit 150 m³ Wasser gefüllt und unter cystoskopischer Controle versucht, die Nadel mit den verschiedensten Instrumenten heraus zu ziehen. Endlich gelang es, das eine freie Ende der Nadel mit einem kleinen Tompson'schen Lithotriptor zu fassen und unter behutsamer Streckung des anderen Schenkels ohne Verletzung der Harnröhre und Blase die Nadel ans Tageslicht zu befördern. — (Centralbl. f. d. Krankh. d. Sexualorg., Bd. 12, II. 4.)

Königstein.

Die Gonorrhöe der weiblichen Geschlechtsorgane. Von Dr. B. Kossmann.

Vf. bespricht vorerst den Infectionsmodus und gibt einen historischen Ueberblick über die Entwicklung von der Lehre der Gonorrhöe. Vf. gibt unter Anderem der Ansicht Ausdruck, dass das Uebergreifen der Infection vom Cervicalcanal auf die Uterushöhle die für gewöhnlich angenommenen Symptome von Druckempfindlichkeit der Gebärmutter, Gefühl der Völle im Becken, sowie ziehende Schmerzen nicht zur Folge habe, sondern letztere die Zeichen einer beginnenden Perimetritis sind, welche auch nicht nach seiner Ansicht durch das Durchwandern der Gonokokken durch die ganze Uteruswandung, sondern durch directe Berührung des Krankheitserregers mit dem Peritoneum auf dem Wege der Tuben hervorgerufen wird. Nach der Annahme des Vf. gelangt es dorthin durch peristaltische Bewegungen, welche an den Genitalwegen durch Coitus, Masturbation oder instrumentelle Reizung der Cervix ausgelöst werden und in der Richtung des Ostium abdominale tub. fortschreiten. Kommt es zu peritonitischen Exsudaten infolge ascendirender Gonorrhöe, eventuell zur Organisirung derselben, so müssen die daraus resultirenden Adhäsionen nur dann Beschwerden machen, wenn sie das Ovarium und die Tuben umhüllen und zu Zerrungen und Spannungen in der Bauchhöhle Veranlassung geben. An eine vollständige Aufsaugung solcher gonorrhöisch entzündlicher Producte glaubt Vf. nicht, hält jedoch im Allgemeinen die gonorrhöische Infection des Peritoneums für relativ ungefährlich. Doch wurden tödtlich verlaufende Fälle beobachtet und hat Autor selbst einen Fall mit letalem Ausgang gesehen. Vf. bespricht des Weiteren die Folgezustände der weiblichen Gonorrhöe, so die durch dieselbe bedingte Sterilität, Pyosalpinxbildung, Metastasen und Mischinfectionen. In therapeutischer Hinsicht steht Vf. auf dem Standpunkte des ruhigen Zuwartens bei acuter primärer Harnröhreninfection. Alle örtlichen thera-

peutischen Massnahmen sind zu unterlassen und nöthigenfalls mehrwöchentliche Bettruhe einzuhalten. Es ist für regelmässigen leichten Stuhlgang Vorsorge zu treffen und sind reichliche Flüssigkeitsmengen aufzunehmen. Gegen die chronische Gonorrhöe ist die Anwendung von Silberpräparaten, sowie Formaldehyd. solut. am Platze. Vf. geht so weit, dass er Narkose empfiehlt, wenn die Application in die Cervix stattfindet, um die Hervorrufung der oben erwähnten peristaltischen Bewegungen zu vermeiden. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21 und 22, 1901.)

Königstein.

Ueber die Behandlung der chronischen Cystitis (Cystite rebelle) mittelst Curettement der Harnblase. Von Dr. Stockmann.

Guyon hat für Fälle chronischer Cystitis, die allen Massnahmen trotzen, das Curettement der Harnblase empfohlen. Vf. hat nur acht solche Fälle theils von der Urethra, theils gelegentlich der Sectio alta von oben her curettirt und war mit dem Erfolge dieses operativen Eingriffes sehr zufrieden, indem sechs Fälle gänzlich geheilt wurden, ein Fall wesentlich gebessert wurde und nur ein Fall ungeheilt blieb. In allen diesen Fällen zeigte das cystoskopische Bild eine hochgradige chronische Erkrankung der Schleimhaut der Blase, so starke Schwellung und Wucherung derselben, sowie Bildung von Exerescenzen. Vf. zieht zur Auskratzung gewöhnliche Uteruscurettens in Anwendung, für die Abschabung des Orificium vesicale die Hartmann'sche Curette, welche letztere zur Entfernung adenoider Wucherungen des Nasenrachenraumes angegeben wurde, und empfiehlt dringendst unter allen Umständen vor dem Auskratzen der uneröffneten Blase einen genauen cystoskopischen Befund aufzunehmen. Von Zwischenfällen hatte er einmal eine stärkere Nachblutung zu verzeichnen, welche aber nach Ausdrücken eines grossen Blutcoagulums durch die Harnröhre stille stand. Zur Nachbehandlung empfiehlt Vf. das Einführen eines Pezzer'schen Verweilkatheters, den er 8—14 Tage liegen läßt, sowie Höllesteininstillationen (1—3:100) und Spülungen mit Silberlösungen (1:500). — (Monatsber. f. Urolog., Bd. 6, H. 4.)

Königstein.

Urologie.

Beitrag zur Bottini'schen Operation. Von Dr. S. Jacoby.

Beschreibung eines Behelfes beim Bottini'schen Eingriffe, vermittels einer Zeigevorrichtung sowohl die Ansatzstelle des Incisors, als auch seine Schnittrichtung während der ganzen Dauer der Operation mit mathematischer Genauigkeit controliren zu können.

Eine im vollkommenen Sinne wirkende Controle während des Verlaufes der ganzen Operation muss es möglich machen, dass das Messer auch wirklich an der gewünschten Stelle ansetzt, innerhalb des Gewebes die gegebene Richtung stets beibehält, und ferner, dass ein Abweichen von der Direction, selbst wenn es sich um den kleinsten Winkel handelt, bemerkbar werde. Um diesen Anforderungen genügen zu können, bediente sich J. einer Controlscheibe von 8 cm Durchmesser, die im Centrum einen kreisrunden Ausschnitt zur Aufnahme des Oculars aufweist. Bei der Controlscheibe des Incisors geht durch diesen Ausschnitt der männliche Theil hindurch. Die Randpartie der Scheibe enthält eine Winkelscala, von 0—180° nach rechts und links von der Verticalen abzulesen. Die Scheibe ist am Incisor derartig befestigt, dass die Zahl 180 der Richtung des Messers entspricht. Die Controlscheibe kann auch für die gewöhnliche Cystoskopie nutzbar gemacht werden, um die Entfernungen innerhalb der Blase zu bestimmen oder in Verbindung mit einer halbcenimeterweise graduirten Scala am Schafte des Cystoskopes genauere Localisationsbestimmungen vornehmen zu können. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 38, 1902.) N.

Die perineale Prostataktomie bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse. Von Dr. Verhoogen.

Vf. hat drei Fälle von schwerer Hypertrophie der Prostata mit Prostataktomie vom Damme aus behandelt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden; die Patienten konnten nach der Operation den Urin gut halten, urinirten in angemessenen Pausen und entleerten die Blase vollständig. Die Operation bietet keine besonderen Schwierigkeiten, da man sich nach großem Hautschnitt die Hinterfläche der Prostata gut ins Gesichtsfeld bringen kann und mit Schere und Pinzette das hypertrophierte Gewebe ohne allzustarke Blutung stückweise verhältnismäßig leicht entleeren kann. V. will die Operation vorläufig für schwere Fälle von Prostatahypertrophie reserviert wissen, wo das Selbstkatheterisieren des Patienten zu

schmerzhaft oder unmöglich ist. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg., Bd. 13, H. 9.)

Hypertrophie der Prostata und galvanokaustische Behandlung nach Bottini-Freudenberg. Von Dr. Bierbaum.

Die Statistik nach F r e u d e n b e r g, bei der sich 753 Fälle als für die Frage der Mortalität, 718 Fälle als für die Erfolge statistisch verwertbar zusammenbringen ließen, ergab 4·25—5·84% Mortalität, 7·66% Mißerfolge und 86·63% guter Resultate. Unter 248 guten Resultaten, bei denen eine weitere Einteilung möglich war, waren 152 = 61·29% als volle Heilungen, 96 = 38·71% als wesentliche Besserungen zu verzeichnen. Nach einer persönlichen Mitteilung hat A. F r e u d e n b e r g unter seinen letzten 43 Fällen 29 Heilungen, 11 wesentliche Besserungen (= 40 gute Resultate), 2 Mißerfolge, 1 Todesfall, zu verzeichnen.

Herwitz berechnet die Mortalität der Bottini'schen Operation aus 888 Fällen auf 5·7%, ohne Erfolge bei 10%. Gebessert und geheilt wurden 84·3% der Fälle.

Dagegen wird die Mortalität bei der partiellen, perinealen oder suprapubischen Prostatektomie auf 14·3%, die der totalen auf 18—25% angegeben.

Die Operation eignet sich für alle Formen der Prostatahypertrophie; die dringendste Anzeige liegt aber vor, sobald der Patient den Urin gar nicht mehr spontan entleeren kann, sondern dauernd des Katheters bedarf.

Daß weder hohes Alter des Patienten, noch eine lange Dauer der Krankheit eine bestimmende Gegenanzeige bilden, erhellt aus der Mitteilung von F r e u d e n b e r g, wonach derselbe einen 82jährigen Mann, der seit 28 Jahren an vollständiger Urinverhaltung gelitten, mit Glück durch die Bottini'sche Operation geheilt hat.

Als weiteren Beitrag liefert Vf. seine eigene Krankengeschichte. Im Jänner 1899 erkrankte der heute 62jährige Patient an vollkommener Urinverhaltung, allgemeiner Abgeschlagenheit und ausgesprochenen Herzschwäche. Entleerung 11 klaren Urins. Seither stetes Katheterisieren, anfangs 2mal, später mindestens 6mal binnen 24 Stunden. Innere Medikation, Bäder, Elektrizität, ohne Erfolg. Status am 21. April 1902 im Sanatorium Freudenberg (Berlin): Prostata apfelgroß, Harn mäßig katarrhalisch. Cystoskopie, ergibt hochgradige Trabekelblase; an einzelnen Stellen auch Uebergang in Divertikelbildung; zapfenförmig, breit auf-

sitzender mittlerer Prostatalappen nach hinten; nach vorne zackige Verdichtung der Prostata. Am 23. April. Bottini — unter streng antiseptischen Kautelen und Kokaïnanästhesie. Es wurden drei Schnitte gemacht, nach hinten von 2·8 cm, nach links hinten von 2·3 cm, nach rechts hinten von 2 cm Länge. Die Blutung war sehr gering. Nach dem Eingriffe konnte Patient eine mittels Katheter eingefüllte Asterollösung (220 cm³) sofort spontan in gutem Strahle ausurinieren. Der Residualharn betrug nach sechs Tagen Null. Am 3. Mai stieß sich ein 2 cm langer, 1/2 cm breiter und 3/4 cm dicker Brandschorf ab, einige ähnliche noch wenige Tage später. Der Harn ist gegenwärtig klar, ohne Bodensatz, und wird 5—6mal binnen 24 Stunden in vollem Strahle und ohne jegliche Beschwerde entleert. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47, 1902.)

Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Dr. Fhorkild Roving.

Nach einer Revue über alle neueren Methoden, welche auf operativem Wege der Prostatahypertrophie beizukommen trachten, prüft R. die Heilresultate derselben an einem umfangreichen eigenen Materiale.

In 126 Fällen — welche sich von vorneherein als unkompliziert erweisen, wurde der *Katheterismus* versucht. In 10 Fällen war Heilung zu erzielen, insoferne — als die täglich einmalige Entleerung des Residualurins späterhin die Behandlung nicht mehr notwendig machte und seit der Katheterisation doch 1—6 Jahre verstrichen waren. Die restlichen Beschwerden beschränkten sich auf Verlangsamung des Urinierens und Häufung der Miktionsfrequenz. Gebessert wurden 10, unbeeinflusst blieben 97 Fälle, gestorben 10, verschlimmert 15. Bei 116 Patienten war die Katheterisation als ohne kurative Wirkung auf die Retention und bei diesen Patienten kam dann die Frage in Betracht: Katheterbeben oder Operation? 11 von den Kranken waren außerdem durch die Infektion der Harnwege infolge der Katheterisationen so mitgenommen, daß jeder operative Eingriff als nutzlos und gefährlich abgewiesen werden mußte. Alle diese Patienten starben dann auch nach kurzer Zeit an Urämie im Anschlusse an die infektiöse Pyelonephritis.

38 bequerten sich mit dem Katheterismus, die übrigen 67 Patienten fanden das Katheterbeben unerträglich, infolge häufiger Anfälle von Cystitis, Urethritis, Epididymitis etc. Bei diesen 67 Patienten wurden dann im ganzen 86 Operationen ausgeführt,

und zwar 5mal Kastrationen, 21mal Cystotomie und 6mal Prostatotomia partialis. In weiteren 23 Fällen war die Prostatahypertrophie durch Blasensteine kompliziert; bei allen diesen Patienten wurde der Stein durch Sectio alta entfernt und alle überstanden den Eingriff gut. Bei 10 von diesen Patienten, wo der Urin steril und die Hypertrophie der Prostata gering war, wurde primäre Blasensutur auf die Weise gemacht, daß nach der Blasennaht mit doppelter Katgutreihe, die Bauchwunde drainiert wurde. 13 Kranke mit gleichzeitiger Cystitis forderten nach Entfernung der Steine die Drainage mittels Pezzers Katheter durch 14 Tage.

Die in fünf Fällen vorgenommene doppelseitige Kastration bei 78—85jährigen Patienten ergab bei 60% Heilung, d. h. die Retention stellte sich durch $1\frac{1}{2}$, respektive 6 Jahre, nicht wieder ein.

Die doppelseitige Resektion des Vas deferens fand bei 40 Patienten die Anzeige, davon wurden 27 geheilt, 9 gebessert und nur 4 blieben unverändert. Bei gleichmäßig fortbestehender Hypertrophie des Organs konnten die als „geheilt“ apostrophierten Patienten ohne Schmerzen und Schwierigkeit und ohne besondere Häufigkeit spontan urinieren und der Residualharn schwand bald auf Null, bald wurde derselbe auf ein Minimum reduziert (10—20 cm³). Die Dauer dieser sogenannten Heilung erstreckte sich auf $\frac{1}{2}$ —2 Jahre. In den rezidivierenden Fällen wurde die Bottini'sche Kauterisation gemacht.

Die Bottini'sche Operation hat R. an 14 Patienten ausgeführt, geheilt wurden nur 2 Kranke, gebessert kaum 5 (36%), bei 6 (fast 43%) Patienten verschlimmerte sich der Zustand, 1 Kranker starb infolge der Operation.

In 6 Fällen, wo alle vorerwähnten Behandlungsarten erfolglos blieben, hat Vf. die suprapubische Exstirpation des Mittellappens vorgenommen, da die Cystoskopie zeigte, daß dieser in den Lumen der Blase als ein spindelförmiger gestielter Tumor oder als eine breite vorspringende Klappe prominierte. Alle Patienten gewannen wieder das Vermögen, ihre Blase zu entleeren.

Die Patienten wurden in Trendelenburg's Lage gebracht, der transversale Sectio alta-Schnitt gemacht und die Blasenschleimhaut mit dem Paquelin durchtrennt. Hierauf wurde der von der Schleimheit befreite, mittels Foreipressur dünn geklemmte Lappen mit dem Paquelin abgetragen. Blutstillung mit dem Thermokauter, Vereinigung des Schleimhautschlitzes. Blasendrainage. Die halb-

gelösten *M. recti* wurden durch Aluminium-Bronze-Suturen wieder mit der Symphise verbunden, worauf die Hautwunde um den Katheter zur Vereinigung kam.

Die in 21 Fällen ausgeführte *Cystostomie* wurde nicht nach Poncet oder Witzel, sondern nach einer Modifikation des Vf. gemacht. Lokalanästhesie, Sectio alta-Schnitt, Lösung der Peritonealfalte, Vorziehen einer kleinen Partie der Blasenwand mit zwei Seidenfäden, kleinfingerbreite Inzision, Pezzer's Katheter Nr. 28, Versenkung der Blase, Naht der Bauchwunde um den Katheter herum. Man erhält hiedurch eine Fistel, die den Drain fest umschließt, so daß vom Augenblick der Operation an von einem Aussickern gar nicht die Rede ist. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 68, II. 4.)

Dermatologie.

Zur Behandlung einiger Nagelerkrankungen. Von Dr. F. J. Levisieur.

Im Anschlusse an die Beschreibung einer eigenartigen Nagelaffektion, wahrscheinlich parasitären Ursprungs, welche Vf. meist in Kombination mit seborrhoischem Ekzem und Pruritus ani et scroti zu beobachten Gelegenheit hatte, reflektiert derselbe auf die Behandlung dieser und ähnlicher Nagelläsionen. Von neun Patienten waren sieben männlichen Geschlechtes, die durch das Schwinden des Glanzes auf die Nagelerkrankung aufmerksam wurden. Fünf derselben waren mit seborrhoischem Ekzem behaftet. Dem Wesen nach handelt es sich hiebei um eine meist an der Lunula beginnende und von hier aus sich rasch über den ganzen Nagel ausbreitende Stichelung, wodurch ein mattes, blindes Aussehen der Nägel resultiert. Salbenbehandlung erwies sich als unwirksam, hingegen leisteten lokale Bäder von Kaliumpermanganat und Oxalsäure (2%) gute Dienste.

Bei gewissen Gewerbeerkrankungen der Nägel, wie solche bei Pelzfärbern und Leuten, die mit Schweinfurtergrün arbeiten, gelegentlich zur Entwicklung gelangen (Arsenintoxikationen), erwies sich dem Vf. die Jodoformgazebandage ganz ausgezeichnet. Kürschner bekommen häufig hornige Wucherungen am Nagelfalz und Hyperkeratosen im Nagelbett, woran sich konsekutiv Veränderungen der Nagelsubstanz, namentlich eine Rarefizierung (*Onychogryphosis*) derselben anschließen. Abhängig sind diese Ver-

änderungen von der, namentlich bei der Seal-skin-Imitation verwendeten Beize, die sich vorzüglich aus Pyrogallussäure, Anilinschwarz und Wasserstoffhyperoxyd zusammensetzt, wobei der Pyrogallussäure die provokatorische Rolle bei dieser schmerzvollen Läsion zuzukommen scheint.

Gegen Favus der Nägel empfiehlt L. die allerdings radikale, aber nichts weniger als zarte Art: die affizierten Nägel mit einer Nagelzange zu entfernen und das bloßgelegte Nagelbett mit einem Jodoformverband zu bedecken. In minder intensiven Fällen erweist sich eine gesättigte Jod-, Jodkaliumlösung als wirksam. Zu warnen ist vor der Anwendung von stark zerstörenden Mitteln, wie Aetzkali, scharfer Löffel etc.

Die bekannte Form der Onychorrhösis führt Vf. ganz zutreffend auf trophische Störungen zurück, die sich zumeist auch in anderen Organgebieten und Texturen gleichzeitig nachweisen lassen. — (Journ. of Cutaneous and Genito-urinary Diseases, Bd. 2, Nov. 1902.) N.

Zur Behandlung der Hautkrankheiten mit chemischen Strahlen.

Von Dr. P. Degrais.

Gegenstand der These bilden die Heilerfolge, welche sich in dem Finsen-Institute des Hôpital St. Louis bei Lupus vulgaris erzielen ließen. Der in dieser Anstalt von Balzer angewandte Apparat ist nach den ursprünglichen Behelfen Finsens konstruiert und wird unter den bekannten Kautelen in Verwendung gebracht. Vfs. Erfahrungen erstrecken sich auf 13 Fälle von Lupus vulgaris tuberculosus, nodularis und ulcerosus, sowie auf drei Fälle von Lupus erythematosus. Das aktive Prinzip bei den Heilerfolgen führt D. auf die entzündungserregende Einwirkung der chemischen Strahlen zurück, ohne indes auch die bakterizide Kraft derselben außer acht zu lassen. Die Zahl der Sitzungen sehen wir zwischen 4 und 49 schwanken und die Erfolge sich mit der bekannten, von einer Heilung weit entfernten Abflachung der Infiltrate und Benarbung ulceröser Stellen decken. Bei den Formen des hyperplastischen Nasenlupus wurden die zu exponierenden Stellen stets vorher nach dem Vorgange von Leredde einer gründlichen Skarifikation unterzogen. Ulceröse Arten wurden einer Vorbehandlung mit hypermangansauren Kaliumschlägen (1 : 50) oder Sublimatkompressen unterworfen (1 : 5000). Die Resultate bei Lupus erythematosus fielen negativ aus. — (Thèse pour le Doctorat en Med., Paris 1901.) N.

Ein schweres, spät eintretendes, bulböses Quecksilberexanthem nach 12 Einreibungen mit grauer Salbe. Von Dr. P. Thimm.

Von Entzündungserscheinungen der äußeren Körperdecke kommen unter Einwirkung innerlich, hypodermatisch und perkutan angewandter Quecksilberpräparate zustande: neben den allgemein bekannten Folliculitiden und einfachen Erythemen, Dermatitis exfoliativa, scarlatina- oder erysipelähnliche Erytheme, Erythema exsudativum multiforme, Furunkulose, hämorrhagische Eruptionsformen, pemphigusähnliche Dermatosen. Den meisten dieser Exantheme kommen als kennzeichnende Merkmale: Erythem, Nässen und starke Abschuppung, zu. In dem Falle T.s handelte es sich um eine 24jährige, von recenter Lues befallene Frau, welche mit Einreibungen von 3 g Resorbinquecksilbersalbe behandelt wurde. Die Frau stand im neunten Monate der Gravidität und sah der ersten Geburt entgegen. Nach zwölf Injektionen stellten sich Stomatitis und ein heftig juckendes zirkumskriptes Erythem ein, das hauptsächlich die Beugeseiten der Extremitäten, die Achselhöhlen und den Unterleib okkupiert hatte. Die Erscheinungen kamen nach wenigen Tagen zum Rückgange.

Vierzehn Tage später, nach erfolgtem Partus, kam es zu universeller erythematöser Rötung der Haut, das Gesicht zeigte ödematöse Durchträngung der Decke. Später trat Nässen und Temperatursteigerung bis 38.9° hinzu. Nach weiteren zwei Tagen waren das Gesicht, namentlich die Ohren, Augen und Lippen außerordentlich geschwollen und die Haut teils in nässende Ekzemflächen umgewandelt, teils mit kleinen Bläschen, die behaarte Kopfhaut mit dicken, gelblichen Krusten besetzt. Viele Stellen machten den Eindruck eines Pemphigus foliaceus. Temperatursteigerung bis 39.2°. Die Therapie bestand in Einpackungen mit in essigsaurer Tonerdelösung getränkten Kompressen. Während der Rekonvaleszenz fielen die gesamten Kopfhare, bis auf einige wenige Büschel, total aus, die Kopfhaut präsentierte sich weiß und glatt wie eine Billardkugel. Ein leichtes Recidiverythem machte sich geltend, als die Frau die Einreibungen ihres mit kongenitaler Lues behafteten Kindes begann. Die gleiche Hautreaktion war später anlässlich einer Injektionskur mit Sublimat, jedoch in viel milderer Form zu verzeichnen. Bemerkenswert erscheint in diesem Falle das Auftreten der Toxikodermie nach der gewiß nicht hohen Dosis von 12 × 3 g Einreibungen grauer Salbe, nach einem behandlungs-

freien Intervall von 18 Tagen, in denen die Kranke nicht mehr mit Hg in Berührung kam.

Verunreinigungen der grauen Salbe konnten in diesem Falle nicht als *Causa peccans* angenommen werden, denn das schwere bulböse Exanthem war entstanden, als die äußere Hg-Einwirkung schon durch längere Zeit nicht mehr stattfand. In der Deutung schließt sich Vf. L e s s e r an, indem er eine durch das Hg bewirkte Reizung der vasomotorischen Zentren geltend macht. Leider erfahren wir nichts über das Verhalten der Nieren, das in Verbindung mit dem physiologischen Ausnahmezustand der Gravidität, möglicherweise einiges Licht in die dunkle Pathogenese der Hautläsion hätte bringen können (Ref.). — (Dermatol. Zeitschr., Bd. 9, H. 6.) N.

Zur Sykosisbehandlung mittels Skarifikation und Antiseptics.

Von Dr. L. Dumont.

Vf. empfiehlt, die affizierten Stellen gründlich zu skarifizieren, das Gewebe gut ausbluten zu lassen (unter Aufdrücken von mit 2% iger Karbollösung getränkten Wattebauschen) und hierauf Karbolkompressen (2%) aufzulügen, welche zweimal täglich gewechselt werden. Die Sitzungen sind in rascher Aufeinanderfolge einzuhalten, um die lokale Dekongestion zu beschleunigen und die Vitalität der Keime aufs energischste zu beeinträchtigen. So ist es am besten, den Eingriff nach dem Abfallen der Blutkrusten zu wiederholen, was meist nach 2—4 Tagen zu erfolgen pflegt. Ferner sei es geboten, die Skarifikation tief durchs ganze infiltrierte Derma dringen zu lassen. Die antiseptischen Umschläge vermitteln eine Erweichung des affizierten Gewebes und ermöglichen das reichliche Eindringen der desinfizierenden Flüssigkeit. Mit dem Verfahren wird die Behandlungsdauer auf wenige Tage, eventuell Wochen, eingeengt. — (Annales de Dermat. et de Syph., Bd. 3, Nr. 12.) N.

Melanodermie und Hyperkeratose nach Arsengebrauch. Im Anschlusse Arsenkrebs. Von Dr. J. Darier.

Ein 35jähriger Mann zeigt 1890 nach mehrmonatlicher Schwellung und Rötung der Handrücken verhornte Wucherungen an Handtellern und Fußsohlen; später entwickeln sich braune Streifen an Stirne und Hals, Schläfen und Wangen, daneben sieht man auch einfach erythematöse Plaques. 1902. Die Pigmentationen des Gesichts sind mehr konfluert, die Handteller und Fußsohlen von diffusen Keratomen eingenommen; daneben sind einzelne der

früher bestandenen Hornkegel der rechten Hand ulcerös zerfallen, schmerzhaft, bluten leicht und haben einen indurierten Grund, eine ähnliche, als Epitheliom zu diagnostizierende Bildung hat am Halse links ihren Sitz. Später kam noch die gleiche Neubildung am linken inneren Augenwinkel und am rechten Handteller hinzu. Die Epitheliome wurden exzidiert, der Grund kauterisiert, die warzigen Erhöhungen gleichfalls abgetragen, ihre Basis mit Salizylkollodium bepinselt. Eines der Epitheliome rezidierte. Der histologische Befund verifizierte den klinischen.

Nachträglich eingeleitete Recherchen ergaben, daß der mit einer chronischen Lungentuberkulose behaftete Patient seit dem Jahre 1886 angefangen Fowler'sche Lösung nahm, und zwar: 1886 bis 1896 12 Tropfen pro die, 12 Tage im Monat; 1897—1901 die gleiche Menge jeden Monat durch sieben Tage. Man kann berechnen, daß in diesem Zeitraum von 15 Jahren ungefähr ein Liter Fowler-Lösung verabreicht wurde, also 10 g arsenige Säure! — (Annales de Dermat. de Syphiligraphie, Bd. 3, Nr. 12.) N.

Betrachtungen über das Jodipin. Von Dr. E. J. Feibes.

Quantitative Untersuchungen F.s ergaben, daß die mit dem Harn ausgeschiedenen Jodmengen bei der subkutanen Jodipinapplikation stets mit dem Quantum des einverleibten Medikamentes korrespondieren. Dabei scheint aber die Ausscheidungsmenge des Jods doch nicht über einen gewissen Betrag hinauszugehen, ob nun 25, 35 oder sogar 50 Injektionen à 20 cm³ 25% iges Jodipin gemacht worden sind. Als größte Jodmenge, welche im Liter Urin während einer Jodipinkur zur Ausscheidung gelangte, fand F. bei den gesamten Untersuchungen: 0·41885 g im Urin, bei einem Falle, am Tage der 40. Injektion.

Im Schweiß waren nie Jodspuren aufzufinden, hingegen zeigte der Speichel einen sehr erheblichen Jodgehalt, und zwar relativ einen viel höheren, als der Urin zu derselben Zeit, durch die Fäces kamen nur geringe Jodspuren zur Ausscheidung.

Die Untersuchung von 6·21 g Harnen nach 13 Injektionen von je 20 cm³ 25% igen Jodipins ergab deutliche Spuren von Jod. Gleichzeitig durchgemachte Quecksilberschmierkuren hatten auf die Ausscheidung des Jods keinen Einfluß. Das Quecksilber wurde während der Jodipinkur durchgehends gut, in manchen Fällen sogar wesentlich besser vertragen, wie ohne dieselbe.

Harnsäurebestimmungen (von Dr. Jung ausgeführt) ergaben eine vermehrte Ausscheidung derselben während der Jodipinkur.

In therapeutischer Hinsicht hat Vf. die besten Resultate in 16 Fällen von Syphilis maglia praecox zu verzeichnen. Ausgesprochen günstig lauten auch die Erfahrungen bei Syphilis des Rektums in drei Fällen. Befriedigende Heilreaktionen bei Hemiplegie, Lues cerebri, spastischer Spinalparalyse, Syph. spinalis und beginnender Paralyse reißen den Autor zu einem Optimismus hin, den wir (Ref.) keineswegs teilen können. — (Dermatol. Zeitschr., Bd. 9, 1902.) N.

Ueber Leprabehandlung. Von Dr. J. Patron Espada.

Bezüglich der Heilbarkeit der Lepra pflichtet Vf. den Ansichten von Besnier-Gerny bei und glaubt in den von ihm näher ausgeführten Fällen den klaren Beweis dafür erbringen zu können. Seine ausschließliche Behandlung besteht in der Anwendung des Chaulmoograöls bei gleichzeitiger Durchführung einer strengen Milchdiät. Die bisherigen negativen Heilergebnisse mit diesem Präparat wären auf eine zu schwache Dosierung zurückzuführen. Vf. betrachtet nur eine Menge von 45 g pro die als imstande, Heilung zu erzielen, wobei das zu verabfolgende Quantum Milch 3—4 l pro die beträgt. Von Wichtigkeit sei ferner, daß die Funktion der Nieren und des Magens eine ungestört normale sei. Dann ist Vf. imstande, in zirka vier Monaten komplette Heilerfolge zu erzielen (?); in ungünstigen schweren Fällen läßt man nach viermonatlicher Pause eine zweite derartige längere Kur folgen. So hat Vf. zehn Fälle von Lepra behandelt. Davon waren sieben frische Leprafälle, zeigten aber schon Infiltrationen und Knoten; zwei Kranke waren seit langen Jahren von dem Leiden befallen. Drei der beginnenden Fälle, die einzigen, welche sich an Vf.s Vorschrift hielten, sollen genesen sein (?). — (Lepra bibliotheca internationalis, Bd. 3, H. 3.) N.

Therapeutisches Detail bei der Behandlung der Furunkulose.

Von Dr. E. Arning.

Das Wichtigste dieser Behandlung besteht darin, daß der einzelne Furunkel mit einem weißglühenden Platinbrenner bis auf den Grund durchstoßen wird. Auf den Brandschorf wird ein Tanneoläther-Benzotinkturfirmis aufgestrichen und das Feld mit Chinosolgaze und Salizylseifenpflaster bedeckt. Es ist ferner wichtig, die angrenzende Haut vor neuen Infektionen zu schützen und die Allgemeininfektion durch Kreolinbäder hintanzuhalten. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. 33, Nr. 7.) Horowitz.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Allgemeine Gesichtspunkte bei der Behandlung gonorrhöischer Prozesse. Von Dr. A. Lewin.

Das Verhalten der Gonokokken gegenüber dem geschichteten Plattenepithel ist ein anderes, als dem Zylinderepithel gegenüber. Da, wo geschichtetes Plattenepithel sich ausbreitet, bleibt der Gonococcus mehr weniger an der Oberfläche und die Leukocytenansammlung mit und ohne Gonokokken ist ebenfalls eine oberflächliche. Da hingegen, wo ein Zylinderepithel vorhanden ist, dringt der Gonococcus sehr leicht in die Tiefe und die Leukocytenanhäufung ist eine in die Tiefe dringende. Die erste Form der Erkrankung ist daher eine Gonorrhoea superficialis, die zweite eine Gonorrhoea profunda. Die erste hat die Neigung zur spontanen Ausheilung und stellt die leichten Arten dar; die zweite ruft Abszesse, narbige Bindegewebsneubildung mit Schrumpfung und Erweichung der anruhenden Gebilde hervor. Durch Anwendung gonokokkentönder Mittel gelingt es, die Gonorrhoea superficialis rasch und bleibend zu beseitigen, während die profunda die Neigung zu Recidiven darbietet. Die Silberpräparate sind die wichtigsten Heilmittel. Methodologisch ist die Behandlungsweise von Janet bei jeder Urethritis superf. anterior angezeigt, sofern keine heftigen Entzündungssymptome vorliegen. L. verhindert dadurch ein Weiterkriechen des Processes auf die hinteren Abschnitte und die Entstehung von Komplikationen. Diese Behandlung tritt in ihre Rechte als Frühbehandlung schon in den ersten Tagen. Ist eine tiefe Gonorrhoe da, so muß erst festgestellt werden, wo der Prozeß sich abspielt und welche Komplikationen vorliegen. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % Protargol oder 0.2% Albargin sind die von L. empfohlenen Silberpräparate. Bei der profunda spielt die mechanische Behandlung (Dilatation) und Endoskopie eine wichtige Rolle. — (Dermatol. Zentralblatt. Nr. 3. 1902.)

Horowitz.

Eine neue Behandlungsmethode der Gonorrhöe. Von Dr. A. Marenz.

Bakteriologisch wurde festgestellt, daß die Gonokokken bei Temperaturen über 40° zugrunde gehen. An diese Tatsache schließt die neue Behandlungsweise an. Es wird eine mit einem Thermometer versehene Vorrichtung in die Harnröhre eingelegt, die Temperaturen von 45—58° zuläßt und die nach Verweilen von $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunden entfernt wird. Täglich zwei Applikationen ge-

nügen, um mit diesem „Schleimhautwärmer“ innerhalb acht Tagen eine Gonorrhöe zu heilen. — (Dermatol. Zeitschr. 1902.)

H o r o v i t z.

**Zur Behandlung der Gonorrhöe mit Gonosan (Kawasantal),
einem neuen Antigonorrhöicum.** Von Dr. Boss.

Gonosan ist eine gelbgrüne, ölige, durchscheinende, in Weingeist, Aether und Chloroform lösliche Substanz von stark aromatischem Geruch, welche die aus der Wurzel von *Piper methysticum* (Kawa-Kawa) extrahierten Harze in reinem ostindischem Sandelöl gelöst enthält. Kawa ist die Wurzel von *Piper methysticum*, einer auf den Inseln des Stillen Ozeans wachsenden strauchartigen Piperacee. Der wesentliche Teil der Wurzel wird von den Eingeborenen zur Zubereitung eines berauschenden Getränkes und zur Behandlung der Gonorrhöe verwendet. In der Wurzel ist nebst anderem eine harzige Masse enthalten, die zwei wirksame Stoffe, das α - und β -Harz, unterscheiden läßt. Diese zwei Harze wirken anästhetisch, diuretisch und spezifisch gegen Gonorrhöe. Selbst im Harne konnten die anästhesierenden Bestandteile nach Gebrauch von Kawa nachgewiesen werden. Das von der Firma Riedel in Berlin dargestellte „Gonosan“ kommt in Kapseln in den Handel, von denen jede 0.3 g Inhalt aufweist, davon entfallen auf α - und β -Harz 20% und 80% auf Sandelöl. Die von B. geübte Therapie besteht in Verabreichung der Kapseln, der lokalen Behandlung mittels Einspritzung von Protargol und strenger Diät. Bei der Diät wirkt Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr günstig dadurch, daß der Harn nicht diluiert wird, wodurch das Harz seine anästhesierende Kraft und seine spezifische Wirkung besser entfaltet. Es werden im Tage acht Kapseln verabreicht. Bei dieser Therapie verläuft der Tripper ohne Brennen und ohne Schmerzempfindung und bleibt auf die vorderen Abschnitte der Urethra beschränkt. Bei Cystitis bewirkt Kawasantal eine rasche Klärung des Harnes. — (Deutsch. Mediz.-Ztg. Nr. 96, 1902.)

H o r o v i t z.

Therapeutische Erfahrungen über Arheol. Von Dr. C. Ravasin.

Arheol ist ein aus *Oleum santali* dargestellter Alkohol von der Zusammensetzung $C_{15} H_{26} O$. Es ist eine ölige, farblose Flüssigkeit, die in Kapseln zu 0.2 g in den Handel gebracht wurde. Dieser Stoff ist das wirksamste Prinzip im *Oleum santali*. Die verschiedenen käuflichen Sorten des Sandelholzöles sind mit Rücksicht auf diesen Körper sehr different zusammengesetzt und daher auch sehr verschieden in ihrer Wirksamkeit. Der Gehalt schwankt

zwischen 30—90%! Vom Mittel werden 6—10 Kapseln im Tage verabreicht. Es setzt den Harndrang, das Brennen beim Harnen und den eitrigen Ausfluß herab; auch die Harntrübung verliert sich. — (Ther. d. Gegenw. Dez. 1902.) Horowitz.

Ueber Wirkungen konstanter Wärme auf die Haut und andere Organe mit Demonstration des Hydrothermoregulators und verschiedener Thermokörper. Von Dr. K. Ullmann.

Bei diesem von U. in die Praxis eingeführten Hydrothermoregulator handelt es sich um eine Wassersäule ohne Ende, die an einer Stelle, Reservoir, erwärmt und auf beliebig hohe Temperatur gebracht wird. Mittels einer Saug- und Druckpumpe, die durch einen Motor Antrieb erhält, wird das Wasser in ein geschlossenes Röhrensystem getrieben und mittels eigener Thermokörper dem kranken Körper zugeführt. Diese tagelang einwirkende, gleichmäßige, genau zu dosierende Wärme ist ein ausgezeichnete Heilfaktor und wird von U. bei Behandlung des gonorrhöischen Rheumatismus, der Prostatitis, der gonorrhöischen Perirurethritis, Epididymitis, Funiculitis und der entzündeten und vereiterten Lymphknoten infektiöser und venerischer Natur angewendet. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol. Nr. 1, 1903.) Horowitz.

Kinderheilkunde.

Sind in der Mundhöhle mit Ammenmilch ernährter Säuglinge Streptokokken vorhanden? Von Dr. Julius Herzberg.

Von den zehn untersuchten Kindern stammten fünf aus klinischem, drei aus poliklinischem Material und zwei aus der Privatpraxis. Bei der Untersuchung wurde so vorgegangen, daß einerseits direkte Ausstrichpräparate, andererseits Agar- und Bouillonkulturen angelegt wurden. In jedem der zehn Fälle wurde die Anwesenheit von Streptokokken in der Mundhöhle nachgewiesen, und zwar stets schon in den ersten Kulturen. Im Gegensatz hierzu fanden sich in den direkt von den Tonsillen gewonnenen Ausstrichpräparaten nur fünfmal Streptokokken. Ueber die Virulenz derselben ließ sich kein entscheidendes Urteil gewinnen. Ueber die morphologischen Einzelheiten berichtet Autor ausführlich.

Jedenfalls dürfte das Resultat der Untersuchungen zu dem Schlusse berechtigen, daß die Anwesenheit von Streptokokken in der Mundhöhle gesunder Kinder einen recht häufigen, wenn nicht

konstanten Befund darstellt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1903.)

Ueber biologische Mehrleistung des Organismus bei der künstlichen Ernährung von Säuglingen gegenüber der Ernährung mit Muttermilch. Von Prof. Dr. A. Wassermann.

Wenn man einem Kaninchen subkutan mehrmals Injektionen von Kuhmilch, einem anderen ebensoviel Injektionen von Frauenmilch gibt, nach einiger Zeit den so vorbehandelten Tieren Blut entzieht und das Blutserum mit Kuhmilch, respektive Frauenmilch mischt, so findet man, daß das Serum des mit Kuhmilch behandelten Kaninchens nur wieder die Eiweißkörper der Kuhmilch, das des mit Frauenmilch behandelten Tieres nur die Eiweißkörper der Frauenmilch zum Ausfällen (Präzipitieren) bringt, nicht aber vice versa. Diese biologisch genannte Differenzierungsmethode arbeitet viel schärfer, als jede chemische und läßt sicherer als jede andere die Eiweißkörper der Frauenmilch als verschieden von denen der Kuhmilch erkennen. Demnach hat man (nach Escherich) die Brusternährung als unmittelbare Fortsetzung der placentaren Ernährung aufzufassen und eine Gleichwertigkeit der natürlichen und künstlichen Ernährung auszuschließen. Heubner konnte zeigen, daß bei ungefähr gleicher Kalorienzufuhr dasjenige Kind, das seine Kalorien in Form der homologen Nahrung der Frauenmilch erhielt, im ersten halben Lebensjahre eine weit größere Wachstumsintensität zeigt, als das andere, und kommt zu dem Schlusse, daß die Mehrarbeit und daher der Mehrverbrauch von Kalorien bei der künstlichen Ernährung auf dem Gebiete der Drüsenarbeit, inklusive der intermediären Spaltungen und Synthesen liegt.

Autor bringt nun die experimentellen Beweise dafür, daß tatsächlich die Einverleibung von heterologem Serum in den lebenden Organismus eine vermehrte Sekretionsarbeit für denselben gegenüber dem anderen Falle bedeutet. Wenn er einem Meerschweinchen zuerst heterologes Serum, dann Typhusbazillen ins Peritoneum injizierte, so sammelten sich an der Injektionsstelle verdauende Fermente aus den Körpersäften, die sogenannten Komplemente Ehrlichs an, die die Bakterien abtöteten. Bei Injektion homologen Serums kam es aber zur tödlichen Typhusinfektion. „Damit ist der experimentelle Beweis gegeben, daß heterologes Nahrungsmaterial gewisse biologische Fermente für sich in Anspruch nimmt, an dem Orte, wo es sich befindet, konzentriert, homologes dagegen nicht, daß also das erstere einer Reihe von

fermentähnlichen Körpern zu seiner Assimilation bedarf, deren das homologe nicht nötig hat.“

Was nun die Unterschiede zwischen Brust- und Flaschenkindern in Bezug auf die Komplemente betrifft, konnte Moro zeigen, daß das Serum der Brustkinder größere baktericide Kraft besitzt, als das künstlich ernährter Kinder, also jenes reicher an verdauenden Elementen, den Komplementen ist, als dieses. Da aber die Frauenmilch selbst keine Komplemente enthält, kann man sich den Sachverhalt nur so erklären, daß die Komplemente bei Flaschenkindern deshalb vermindert sind, weil sie zwecks Assimilierung des heterologen Eiweiß zu homologem an dieses gebunden werden. Dieser biologischen Leistung sind ältere Kinder eher gewachsen, als solche unter drei Monaten oder schwächlich oder früh geborene. Im frühesten Alter sind die Fermentsekretionen noch spärlicher. Jede Ernährung, die dem jungen Organismus eine Fermenttätigkeit erspart, bedeutet eine besondere Ersparnis an Arbeit. Die Brustmilch entfaltet somit besonders in den ersten Monaten eine direkt spezifische Wirkung (Escherich). — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1903.)

Zur Pathologie und Therapie der Sklerodermie im Kindesalter. Von Dr. Wilhelm Ebstein.

Ein acht Jahre alter Knabe erkrankte vor drei Wochen an rheumatischen Schmerzen und im Anschluß daran an typischer (allgemeiner) Sklerodermie, deren einzelne Symptome anschaulich geschildert werden. Außerdem war an der Herzspitze ein blasendes systolisches Geräusch zu konstatieren. Noch nirgends war der Prozeß in das Stadium eingetreten, in welchem die Haut atrophisch, straff und verkürzt wird, vielmehr handelte es sich um eine Verdickung der Haut, an welcher eine mehr oder weniger starke Durchtränkung derselben mit Flüssigkeit einen wesentlichen Anteil hat.

Im allgemeinen gilt die Prognose für vollkommene Heilung der Sklerodermie nicht als günstig, doch sollen im Kindesalter bei diffusen Formen die Aussichten besser sein. Es wurde nun folgende Behandlung in Anwendung gebracht: Bäder mit essigsaurer Tonerde in einer Konzentration von 0·25—0·5%, Massage mit Bor-salizylsalbe (1·0 Na. saliz. : 100·0 Ung. boricum) und innerliche Darreichung von Natrium salicylicum (3·0 pro die). Tatsächlich hatte das Verfahren ausgezeichneten Erfolg. Nach vierteljähriger Behandlung war eine sehr bedeutende Besserung eklatant, die

typischen Symptome in raschem Rückgang, das Körpergewicht im Anstieg. Ohne die nötige Skepsis bei Beurteilung des Erfolges außer acht zu lassen, empfiehlt Ebstein für alle frischen Fälle ein aktives Vorgehen. Er bringt einen zweiten Fall, ein vierjähriges Kind mit Sklerodermie en bande betreffend, der beweist, daß auch bei Kindern in hochgradiger Weise Schrumpfung der erkrankten Haut eintreten kann.

Es empfiehlt sich daher, gleich beim Beginne solcher Hautaffektionen die therapeutischen Hebel einzusetzen. Unter ihnen möge die Anwendung einer verständig geleiteten Massage an erster Stelle stehen; wenn erst einmal Schrumpfungsprozesse eingetreten sind, dann gibt es kein Mittel, dieselben aufzuhalten, oder rückgängig zu machen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1—2, 1903.)

Diphtherie mit und ohne Antitoxin. Von Charles Gilmore Kerley.

Von 159 beobachteten Fällen wurden 42 intubiert, 103 wurden ohne, 55 mit Antitoxin behandelt; von der ersteren Gruppe starben 60 und genasen 43. Sechs erlagen in weniger als 48 Stunden. Die Dauer der Krankheit betrug in den anderen Fällen 48 Stunden bis drei Wochen. Das Krankenmaterial stand in besserer physischer Konstitution, guter Ernährung und stammte aus sozial günstigen Kreisen. Die Krankenanstalt (New-York, Infant Asylum) trug auch in jeder Hinsicht möglichste Sorge um die Kinder. Das Alter der Kinder war zwischen sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

48 Kinder zeigten laryngeale Symptome, bei 30 war die Intubation nötig. In 22 Fällen wurde komplizierende Nephritis beobachtet, in 46 fand sich bei der Autopsie Bronchopneumonie.

Von den 55 Antitoxinfällen (neun Monate bis zu zehn Jahren alt) waren 41 nicht operativ (1 Todesfall), 15 operativ (3 Todesfälle). Zwei davon haben eine immunisierende Injektionsdosis erhalten. Ein neun Monate altes Kind erkrankte vier Tage nach Injektion von 300 Einheiten an Diphtherie, die nach einer Heildosis von 3000 Einheiten heilte. Viermal wurde postdiphtherische Lähmung milder Art beobachtet.

Aus seinen Erfahrungen zieht Autor folgende Schlüsse: Beim Auftreten von Membranen empfiehlt es sich, sofort gleichzeitig zu injizieren und Kulturen anzulegen. Bei Croup ist die Injektion strengere indiziert, sobald inspiratorische und expiratorische Verlegung deutlich werden. Die Patienten sollen in Intervallen von

12 Stunden besucht werden. Wiederholung der Injektion empfiehlt sich nach 12 Stunden, wenn keine Besserung oder keine deutliche Besserung zu finden ist. Wenn kontinuierliche Besserung vermißt wird, so wiederhole man die Injektionen in Intervallen von zwölf Stunden, bis die Membranen verschwinden. Die einmalige Dosis betrage 2000 Einheiten für ein Kind unter der Altersstufe von einem Jahre. — (Arch. of Pediatrics Nr. 10, 1902.)

Chronische parenchymatöse Nephritis beim Kinde, behandelt mittels Nierenentkapselung nach Edebohl. Von August Caillé.

Akute Niereninfektion ist gelegentlich von solcher Intensität, daß sie zu raschem fatalem Ausgang führen kann. Wenn die Spannung auf keinem anderen Wege beseitigt werden kann, ist eine Inzision der Kapsel der akut entzündeten Niere indiziert und kann Heilung bringen. Reginald H a r r i s o n hat derartige Fälle publiziert. Der Vorschlag, auch die chronische Nephritis chirurgisch anzugehen, stammt von G. M. E d e b o h l; er und nach ihm andere, haben darnach Schwinden des Albumens und der geformten Elemente beobachtet.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um ein fünf Jahre altes Mädchen, das im zweiten Lebensjahre nach Masern akute Nephritis von vier Wochen Dauer durchgemacht hatte. Eine Recidive nach einem Monat endete in Heilung. Nach späteren Rückfällen stellte sich eine chronische parenchymatöse Nephritis ein (dunkler, eiweißhaltiger Harn mit geformten Elementen aller Art, Nierenelementen, Blut und Eiter) mit Oedemen und Ascites. Nun wurde die Nierendekapsulation beider Nieren vorgenommen. Während der Operation wurde die klinische Diagnose bestätigt. Die Heilung vollzog sich in normaler Weise.

Drei Monate später zeigte der Harn ein spezifisches Gewicht von 1027, 0.75% Eiweiß, einige Leukocyten und geformte Elemente. Edebohl erklärt seine Operation wirksam durch Neubildung von Blutgefäßen und vermehrte Zirkulation.

Autor empfiehlt in Fällen, in denen sich eine akute Nephritis (nicht sekundäre nach Herzkrankheiten) in absehbarer Zeit nicht bessert, z. B. nach sechs Monaten stationär bleibt, die Besichtigung der Nieren durch Lumbarschnitt, und dann die Dekapsulation einer oder beider Nieren, wenn sie bei dieser Gelegenheit geschwollen oder vergrößert erscheinen. — (Arch. of Pediatrics Nr. 10, 1902.)

Kleine Mitteilungen.

Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Geosot (*Guajacolum valerianicum*). Von Privatdozent Dr. A. Kühn. Die unangenehmen Nebenwirkungen des Kreosots und Guajakols veranlaßten K., Versuche mit Geosot anzustellen. Dasselbe wurde innerlich in Kapseln zu 0·2—0·4 oder in Tropfenform mit Tinct. Gentianae aa verordnet. Selbstverständlich wurde die hygienisch-diätetische Behandlung daneben durchgeführt, so daß die Beurteilung der reinen Geosotwirkung erschwert ist. Zuerst wurde auf die sonst bei Kreosotpräparaten so lästigen Nebenwirkungen geachtet. Es zeigte sich, daß im allgemeinen Kapseln besser als die Tropfen genommen werden. Außer dem Nachgeschmacke wurde über keinerlei unangenehme Nebenwirkung geklagt. Eine Besserung des Lungenbefundes konnte nur einigemal mit Wahrscheinlichkeit als Geosotwirkung erklärt werden. Dagegen zeigte sich auffällige Besserung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme, so daß K. das Geosot als ein Mittel erklärt, dem eine außerordentlich tonisierende Wirkung auf den Gesamtorganismus, bei vollkommenem Fehlen irgend welcher unangenehmer oder schädlicher Nebenwirkung zukommt, so daß also seine Verwendung in der Phthiseotherapie berechtigt erscheint. — (Therap. Monatsh. Nr. 11, 1902.)

Die Erhöhung der Verdaulichkeit der Speisen durch Zerkleinerung und durch Kochen. Von Prof. K. B. Lehmann. Vom Einfluß der Zerkleinerung der Speisen auf die Verdauung gilt zwar die aprioristische Vorstellung, daß die Speisen dadurch leichter verdaulich gemacht werden, methodische Untersuchungen darüber fehlen jedoch vollkommen. L. prüfte nun den Einfluß dreier verschiedener Zerkleinerungsgrade auf künstliche Verdauung von Eiweiß. Hartgekochtes Eiweiß wurde in Würfeln von 1 cm und 1 mm Seite, ferner im fein zerriebenen Zustande im Brutschrank mit Grüblerschem Pepsin verdaut. Die Wirkung der Zerkleinerung auf die Löslichkeit war eine höchst auffallende. Nicht nur wurden die kleinen Würfel bedeutend schneller als die größeren gelöst, die Zerreibung vergrößert die Geschwindigkeit der Verdauung abermals außerordentlich (30%, respektive 47% und 66%). Auch bei der Verdauung von Käse war die Wirkung der Zerkleinerung höchst auffallend. Bei Fleisch waren die Versuche methodisch schwer auszuführen, doch war das Resultat sehr

wichtig, daß das gekochte Fleisch viel langsamer als das rohe angegriffen wurde. Die Vegetabilien wurden als Erbsen, Graubrot, Pfannkuchen dem Versuche unterzogen, die ersteren nach fünf-stündigem Kochen im Dampftopf. Auch bei diesen Versuchen war die Eiweißlösung von dem Grade der Zerkleinerung abhängig. In Bezug auf die Kohlehydrate der Nahrung waren zwei Momente zu prüfen von Wichtigkeit, die Auslaugung wasserlöslicher Zuckerarten aus rohen und gekochten Vegetabilien, sowie die Bildung von Zucker aus rohen und gekochten Vegetabilien bei verschiedener Zerkleinerung. Stets hatte sowohl das Kochen, sowie die Zerkleinerung eine auffällige Erhöhung des gewonnenen Zuckers zur Folge. So ergaben 100 g gekochte Kartoffel in groben Stücken 0·5 g Zucker, in zerriebenen Zustande 10·1 g. Makkaroni, gekocht in groben Stücken, 1·5 g, zerkleinert 5·3 g, zerrieben 17·0 g Zucker. Der Einfluß der Zubereitung und Zerkleinerung auf die Raschheit der Verdauung der Speisen ist also ein enormer. Durch Kochen und feines Zerreiben kann die Zuckerbildung auf das 30—100fache gesteigert werden. — (Die Krankenpflege, II, Nr. 3.)

Einige Bemerkungen über die Bismutose. Von Dr. H. Elsner. Die Bismutose wurde als Ersatzmittel des Bismuths empfohlen mit der Begründung, daß die Bismutose im Magen infolge ihres hohen Eiweißgehaltes ein größeres Säurebindungsvermögen besitze, daß ihre Löslichkeit geringer sei, als die des reinen Wismuths, also die Resorption im Darne erschwert, daher ihre adstringierende Kraft erhöht, die Gefahr der toxischen Wirkung herabgesetzt sei. Der letztere Punkt hat bei der geringen Giftigkeit des Wismuths kaum praktische Bedeutung, dagegen forderten die anderen angeblichen Eigenschaften zu Versuchen auf. In drei Fällen wurde Magensaft bei Hyperacidität nach Probefrühstück mit und ohne Bismutose untersucht und tatsächlich eine Herabsetzung der freien HCl erzielt. In anderen Fällen blieb die Bismutose ohne Einfluß auf die freie Säure. Auch die therapeutischen Resultate bei Hypersekretion waren schwankend, einmal voller Erfolg, ein anderes Mal keiner. In der Therapie des Ulc. rotundum ist die Bismutose sehr gut verwendbar, wenn daneben auf Entleerung des Darmes, die ja durch Wismuth gehemmt wird, gesehen wird. Bei Enteritis zeigte sich das Präparat gut wirksam. — (Arch. f. Verdauungskrankh., VIII., H. 6.)

Paraldehyd und Skopolamin (Hyoscin) als Schlaf- und Beruhigungsmittel für körperlich und geistig Kranke. Von

Dr. B u m c k e a. d. psychiatr. Klinik in Freiburg i. B. B. bestätigt die bekannt guten Resultate mit Paraldehyd als Hypnotikum. Nach seinen Erfahrungen beträgt die Minimaldosis 3 g, um ruhigen und festen Schlaf zu erzielen. Am besten reicht man den Paraldehyd in stark versüßtem Tee (1 Eßlöffel auf 1 g Paraldehyd). Neben- oder Nachwirkungen hat B. nie beobachtet, ebensowenig Gewöhnung an das Mittel. In Fällen, wo Paraldehyd versagt, also bei heftigen Erregungszuständen Geisteskranker, empfiehlt er nochmals eindringlich Scopolaminum hydrobromicum in 2^o/₁₀₀iger Lösung zur subkutanen Injektion (1/2—1 1/2 mg pro dosi). Die Wirkung, die in einer Herabsetzung der Erregbarkeit der Hirnrinde besteht, tritt nach wenigen Minuten fast unfehlbar ein. Die Mehrzahl schläft in kürzester Zeit ein. Die Hypnose dauert 6—10 Stunden. Ebenso wie bei Geisteskranken hat sich dem Vf. das Skopolamin bei aufgeregten delirierenden Fieberkranken (Typhus) vorzüglich bewährt. Besonders empfiehlt B. dessen Anwendung zum Transporte tobender Kranker. Die Nebenwirkungen ähneln denen des Atropins, sind fast niemals störend und kommen keinesfalls der vorzüglichen sedativen Wirkung gegenüber in Betracht. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 47, 1902.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Mesotan. Der Methoxymethylester der Salicylsäure, also ein chemisch dem Gaultheriaöl verwandtes Produkt, jedoch ohne dessen unangenehmen Geruch, zeichnet sich durch eine leichte Spaltbarkeit und große Resorbierbarkeit von der Haut aus. Gelbliche, schwach aromatisch riechende, ölige Flüssigkeit, leicht in Alkohol, Aether, Chloroform und Oelen löslich. Anwendung als Lösung in Ricinus- oder Olivenöl, zur Einreibung bei rheumatischen Affektionen, und zwar nicht nur akuten Gelenksentzündungen, sondern auch Muskelrheumatismus, trockener Pleuritis etc. Bei gonorrhöischen Arthritiden oder neuralgischen Zuständen wirkungslos.

Aristochin. Der neutrale Kohlensäureester des Chinins, ein geschmackloses weisses Pulver von 96% Chiningehalt, wird als Ersatz für Chinin empfohlen, dessen unangenehme Nebenwirkungen, Schwindel, Ohrensausen etc. beim Aristochin gar nicht oder nur im geringeren Masse auftreten sollen. Dosis 0.5 mehrmals, insbesondere bei Malaria, Keuchhusten, Kopfschmerzen.

Bromochinal, saures salizylsaures Dibrom-Chinin, wirkt nach v. Noorden dem Chinin analog antiseptisch und scheint die Bromkomponente günstig auf den Schlaf zu wirken.

Chinaphenin ist eine Verbindung von Chinin und Phenetidid, es sind also die wirksamen Bestandteile des Phenacetins mit dem Chinin kombiniert. Weißes, geschmackloses Pulver, schwer in Wasser, leicht in Alkohol, Aether etc. löslich. v. Noorden hat auch mit diesem Mittel ausgedehnte Versuche angestellt. Es wirkt entschieden günstig in Dosen von 0·15—0·3, dreimal täglich bei keuchhustenkranken Kindern. Die Anfälle nehmen an Zahl und Intensität ab. Alle Fälle der Beobachtungsreihe kamen glatt zur Heilung. Als Antipyreticum, 1·5—2·0 pro die, wirkt es wie Chinin. Das Maximum der Wirkung wird 4—5 Stunden nach Einnahme erreicht. Der Temperaturabfall erfolgt ohne Schweißausbruch. Bei Neuralgien ist das Chinaphenin dem einfachen Chinin entschieden überlegen. v. Noorden sah günstige Erfolge bei Supraorbitalneuralgie nach Influenza, diabetischer Ischias, Herpes zoster, gichtischer Decipitalneuralgie. Bei Malaria ist es ebenfalls gut verwendbar. — (Therapie d. Gegenw. Nr. 1, 1903.)

Bei Diarrhöe:

Rp. Tinct. kino	}	āā 1·50
Tinct. colombo		
Tinct. coto		
Tinct. cannab. ind.		0·5
Aq. menth. piper.		30·0
D. S. Stündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.		

Bei Flatulenz:

1. Rp. Validoli	10·0	
D. S. Stündlich 10 Tropfen zu nehmen.		
2. Rp. Tinct. nuc. vomic.	}	āā 4·0
Tinct. gentian.		
Tinct. valerian.		
Chloroformii		
D. S. Dreimal täglich 20 Tropfen in Wasser zu nehmen.		
3. Rp. Mentholi	0·05	
Natr. bicarbon.	1·0	
Dtr. tal. dos. Nr. XII. D. S. Dreimal täglich ein Pulver nach dem Essen zu nehmen.		

Bei Hautjucken:

1. Rp. Tumenoli	}	āā 15·0
Aether. sulfur.		
Spirit. vini		
Aq. destill.		
D. S. Zum Einpinseln.		
2. Rp. Methyl. salicyl.	5·0	
Acid. salicyl.	1·0	
Guajacoli	4·0	
Vasogeni	30·0	
D. S. Zum Einpinseln.		
3. Rp. Selenii praecipit.	1·0	
Vaselini	20·0	
M. f. ungt. D. S. Salbe.		
4. Rp. Epicarini	3·0	
Ichthyoli	2·0	
Ungt. diachyl. Hebrae sine oleo bergamott.		
ad 50·0		
D. S. Salbe.		
5. Rp. Cocaïn. bas.	1·0	
Spir. vini	ad 100·0	
D. S. Zum Einpinseln.		

Bei Ekzemen des Gesichts:		3. Rp. Natr. superoxyd.	6·0
1. Rp. Flor. sulfur.	} āā 10·0	Sapon. cocos	60·0
Terr. siliceae		Ol. vaselini	54·0
Ungt. Wilsonii		80·0	D. S. Aeußerlich.
D. S. Salbe.			
2. Rp. Ungt. aromat.	} āā 30·0	4. Rp. Bismuth. oxychlor.	2·0
Ungt. Hebrae		Adip. lan.	10·0
Coldcream		Aq. naphae	20·0
Sapon. unguin.		Ol. amygdal.	5·0
Acid. salicyl.	} āā 5·0		
D. S. Aeußerlich.		D. S. Aeußerlich.	

Bücher-Anzeigen.

Das Intubationsgeschwür und seine Folgen. Von Dr. Demetrio Galatti. Mit 12 Figuren. Josef Šafář, Wien 1902.

G. hat über die Intubation häufig auf Grund reicher Erfahrung wertvolle Einzelheiten berichtet. Die vorliegende Broschüre bringt eine Geschichte der Intubation und besonders ihrer unerwünschten Folgen, berücksichtigt die Technik und die anatomischen Forschungsergebnisse des Autors und leistet für den Fachmann mehr als sonst ein praktischer Wegweiser, sie schildert eindringlich auch all das, wovor man sich zu hüten hat. Für das Referat eignet sich der Stoff des Buches wenig. Wen das Thema interessiert, dem sei die Lektüre wärmstens empfohlen.

Nrth.

Therapie der Hautkrankheiten. Von Dr. Friedrich Luithlen. Wien 1902.

Dieses Kompendium bildet den I. Band einer von A. Hölder (Wien, Leipzig) herausgegebenen medizinischen Handbibliothek, die, dem praktischen Arzte gewidmet, in den verschiedensten Disziplinen die rasche und bündige therapeutische Orientierung ermöglichen soll. In konsequenter Berücksichtigung der gestellten Aufgabe sehen wir denn auch den Verfasser das weitläufige Gebiet der dermatologischen Heilbehelfe in den knappsten Rahmen zwingen, ohne dem Verständnis hiebei Abbruch zu tun. In alphabetischer Ordnung werden zunächst die Hauterkrankungen in ihren charakteristischen Grundzügen festgehalten und die angezeigten Medikamente unter Hinweis auf die im Anhang beigeschlossene Rezeptsammlung (200) kurz gestreift. Hiebei ist die Ausführlichkeit der Besprechung zur Dignität der Läsionen stets ins richtige Verhältnis gebracht (Ekzem, Erysipel, Favus, Furunkulose, Pemphigus, Prurigo, Pruritus, Psoriasis, Scabies, Trichophytia etc.). Ein weiterer Abschnitt handelt von den Medikamenten und Methoden. Die Heilmittel sind insbesondere nach ihrem pharmakodynamischen Vermögen, die Präparate nach ihrer speziellen Indikation eingehender gewürdigt. Die physikalischen Heilbehelfe, insoferne dieselben vom praktischen Arzte herangezogen werden können, sind gleichfalls genügend deutlich dargestellt.

N.

Ueber die Behandlung der Mastdarmfisteln.

Von **Dr. Julius Sternberg** in Wien.

Es scheint zu den Eigentümlichkeiten der Mastdarmfisteln zu gehören, daß fast jeder Autor, welcher sich über ihre Behandlung ausspricht, eine Entschuldigung vorausschiekt, daß er das Interesse des Lesers für einen anscheinend so unbedeutenden Gegenstand in Anspruch nimmt. Ziemlich kraß kontrastiert damit dann allerdings die Erwähnung der uralten Geschichte der operativen Behandlung, welche bis auf die ältesten ärztlichen Dokumente zurückgeht, ziemlich kraß die gelegentlich gebotene Statistik, welche von Ziffern, wie 0.5% sämtlicher Erkrankungen (Léva i) spricht, oder von 50% aller ano-rektalen Fälle (Gant). Eine Affektion, welche so häufig ist, und deren wachsende Häufigkeit vielfach proklamiert wird (Sandler), und welche darum seit jeher der Gegenstand therapeutischer Bestrebungen gewesen ist, rechtfertigt stets eine neuerliche Besprechung.

Dazu kommt, daß die moderne Chirurgie erst seit ganz kurzer Zeit eine wirklich moderne chirurgische Therapie der Analfistel vorschlagen und mit gutem Gewissen empfehlen kann.

Die Direktiven für die Behandlung gibt uns die Lage der Fistel und — wenn wir Anhaltspunkte dafür haben — die spezifische Natur der Fistel.

Ohne die altehrwürdige, allerdings recht schematische Einteilung in komplette und inkomplete, innere und äußere Fisteln zu verlassen und ohne die anatomische in submuköse, ischiorektale und pelvirektale zu ignorieren, möchten wir besonderen Wert auf die Verzweigungen des Kanals legen.

Schon die Anamnese kann uns bedeutende Anhaltspunkte dafür geben. Der Kranke weiß gewöhnlich ganz genau, wie weit hinauf und nach den Seiten hin die Schwellung und Druckempfindlichkeit seines periproktitischen Abszesses — dessen Vorgehen in irgendeiner Form für alle Fälle angenommen werden muß — gereicht hat. Folgt man dann außerdem den gewöhnlich deutlich subkutan oder tiefer tastbaren

derben Strängen, welche von der sichtbaren Fistelöffnung ausgehen, mit dem Finger und, wenn es geht, mit der Sonde, so ist man meist imstande, zur äußeren die innere Oeffnung zu konstatieren und die hauptsächlichsten Abzweigungen aufzufinden. Die erwähnten Stränge, welche nichts anderes sind, als das Narben- und Granulationsgewebe um die Kanäle, sind fast so deutlich durchzufühlen, auch bei gut gepolsterter Haut, wie die Sehnen der Extensoren am Handrücken. Zur Sondierung bedienen wir uns sehr dünner, gut biegsamer Knopfsonden aus Feinsilber, welche nicht spulrund, sondern ein wenig platt geschlagen sind, wodurch das Halten und die Führung wesentlich erleichtert wird. — Gelingt die Sondierung, die gewöhnlich bei sorgfältiger Ausführung und Geduld ganz schmerzlos ist, so wird man, besonders bei fetteren Individuen, nicht selten erstaunt sein, zu sehen, wie weit die Gänge in die Glutäalgegend reichen, mit anderen Worten, welche Ausdehnung so ein „perirektaler“ Abszeß in dem lockeren Zellgewebe der Hinterbacken gehabt hat. Wenn man den chirurgischen Lehrbüchern Glauben schenken dürfte, so spielen sich die periproktalen Entzündungsprozesse tatsächlich nur innerhalb der Tubera ossium ischii ab. Dem ist aber nicht so. Nicht gar so selten ist die Haut der Nates weit unterminiert. Bei solchen Fisteln genügen die gebräuchlichen Sonden überhaupt nicht, um die Endpunkte der weit verzweigten Gänge zu erreichen.

Selbstverständlich darf nicht das Verhältnis der Fistel — oder besser gesagt, der A b s z e ß h ö h l e — zur Mastdarmschleimhaut und zu den Sphinkteren vernachlässigt werden. Bietet die genaue Kenntnis der Ausdehnung der Höhle und ihrer Ausläufer eine wesentliche Unterstützung für die rasche, den modernen operativen Prinzipien entsprechende H e i l u n g der zu setzenden r e i n e n W u n d e, so ist die Orientierung über die Beteiligung der Sphinkteren am Prozeß, über die Zahl und Lage der Perforationen in der Rektal- und Analschleimhaut die Grundbedingung für die E r h a l t u n g der F u n k t i o n e n der S c h l i e ß m u s k e l n, in manchen Fällen — das ist nicht zu viel gesagt — für die Wiederherstellung derselben.

Es ist natürlich nicht immer möglich, diese exakte Untersuchung o h n e N a r k o s e vorzunehmen. Aber damit ist nicht gemeint, daß der Patient nur zum Zwecke der Exploration sich einer Narkose unterwerfen müsse. Es ist vielleicht gar nicht gewagt, den Satz so zu formulieren, daß eine Mastdarmpistel, welche

ohne besondere Schmerzen ganz exakt in Bezug auf die lokalen Verhältnisse zu bestimmen ist, auch ohne allgemeine Narkose der Heilung zugeführt werden kann. Eine lokale Anästhesierung behufs schmerzloser Sondierung wird wohl nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden können. Die Kokaïn-mengen, welche man bei einigermaßen verzweigten Fisteln zur Anwendung bringen muß, sind so erhebliche, daß vor diesem Gedanken nachdrücklichst gewarnt werden muß. Versuche, welche wir in dieser Richtung angestellt haben, sind durchaus fehlgeschlagen. Auch Eukaïn verhält sich nicht anders. Es gelingt ja schließlich, die ersten Zentimeter Fistelgang analgetisch zu machen; aber das Abtasten von Seitengängen, besonders in der unmittelbaren Nachbarschaft der Sphinkteren, wird von den meisten Menschen sofort mit einem so energischen Krampf beantwortet, daß dann jeder weitere Versuch als aussichtslos aufgegeben werden muß. Die Analfisteln verhalten sich in dieser Beziehung eben wie fast alle anderen Fisteln, welche aus Knochen- oder Weichteilhöhlen an die äußere Haut führen: sie lassen sich durch Instillation von Kokaïnlösungen nur selten der ganzen Länge nach indolent machen, und dazu kommt die nahe Nachbarschaft einer so kräftigen, zum Teil vom Willen unabhängigen Muskelgruppe.

Wir können den Grundsatz nur wärmstens empfehlen, sich bei jeder Analfistel, welche nicht sofort und sicher als ganz einfache erkannt werden kann, auf unerwartete Schwierigkeiten bei der operativen Behandlung gefaßt zu machen, darum an der allgemeinen Narkose beim Eingriff dem Patienten gegenüber festzuhalten und die maßgebende Untersuchung für diesen Zeitpunkt zu verschieben. Wir können versichern, daß wir nicht so selten wichtige Seitengänge erst nach vermeintlicher Beendigung der Operation entdeckt haben.

Manchmal hat man Anhaltspunkte für das Vorhandensein von lokalen oder konstitutionellen Veränderungen, welche in einen ursächlichen Zusammenhang mit der vorangegangenen Abszeßbildung gebracht werden können oder sicher der Ausgangspunkt der vorhandenen Fisteln gewesen sind.

Zu den lokalen kausalen Veränderungen sind alle jene entzündlich-eitrigen Prozesse zu zählen welche sich in den Organen abspielen können, die das Rektum, bezw. den After umgeben. Sie alle aufzuzählen ist unmöglich und ganz unnötig. Es genügt, sich vor Augen zu halten, daß jede Prostatitis oder Urethritis ebenso

gut ins periproktale Bindegewebe wie in den Mastdarm selbst durchbrechen kann, ebenso eitrige Prozesse aus dem Cavum Douglasii, Entzündungen der Bartholin'schen Drüsen. Gelegentlich wird in der Anamnese der Anfang des Prozesses in die Kreuzbeingegend verlegt und die Sonde stößt schließlich auf rauhen arrodiierten Knochen: einen Steißwirbel oder gar aufs Kreuzbein.

Ist in solchen Fällen die Annahme einer primären (tuberkulösen) Osteomyelitis gerechtfertigt, so müssen wir andererseits recht häufig an einen primären Weichteilfungus denken. Man hat bestimmte Charaktere für solche tuberkulöse Analfisteln aufgestellt, wie die Verfärbung der nächsten Hautpartien, die eingezogene oder ulzerös erweiterte äußere Mündung, den Mangel der subkutan tastbaren Stränge u. s. w. Aber stringent sind diese Symptome gewiß nicht. Gar oft lehrt erst das Fehlschlagen der eingeleiteten Behandlung die wahre Natur des Prozesses kennen.

Außer diesen tuberkulösen Mastdarmlisteln und den Mastdarmlisteln an tuberkulösen Individuen, welche von nicht spezifischen kaum zu unterscheiden sind, aber sich der Therapie gegenüber ähnlich verhalten, werden noch hie und da aus Gummien hervorgegangene angeführt, ferner Fisteln an diabetischen Personen. Endlich hat uns die moderne pathologische Anatomie mit Fisteln bekannt gemacht, welche einer Ansiedlung des Aktinomycespilzes ihre Entstehung verdanken. (Schluß folgt.)

Zur Frage der Abhärtung.

Von **Dr. B. Buxbaum.**

Erkältung und Abhärtung sind zwei Begriffe, die seit jeher in einem Atémzuge genannt werden; man ist gewohnt, fast automatisch an Erkältung zu denken, wenn von Abhärtung die Rede ist, und umgekehrt. Beide Begriffe sind alt und doch völlig unaufgeklärt. Aber während die „Erkältung“ als Krankheitsursache allmählich eingeengt wird, dank der Fortschritte der pathogenetischen Forschungen, bleibt die „Abhärtung“ nach wie vor ein unbegrenzter Tummelplatz theoretischer Erörterungen und praktischer Versuche, ohne Fundament und ohne positives Ergebnis. Um hier zu einem Resultate zu kommen, wäre vor allem eine Definition der Begriffe Erkältung und Abhärtung dringend nötig. Eine einheitliche Auffassung der Gefahren und ihrer Folgen und ebenso ihrer

Abwehr müßte allen Forschungen, Untersuchungen und Folgerungen vorangehen! So lange die Erkältung, so lange die Entstehungsbedingungen der sogenannten Erkältungskrankheiten zum großen Teile unbekannt sind, so lange bleibt die Abhärtung ein Griff ins Unbekannte, ein Abwehrversuch unbekannter Feinde. Von physiologisch begründeten Abhärtungsverfahren zu sprechen, ist und bleibt unter solchen Umständen ein logischer Irrtum. Aber selbst die Erfahrung, die Empirie darf hier nicht ins Treffen geführt werden, als Basis von Regeln, von Grundsätzen, die bei der Inangriffnahme der Abhärtung in Betracht gezogen werden müssen und sollen. Jeder hat seine von anderen grundverschiedene Ansicht über die Abhärtung, weil niemand recht weiß, was er will oder soll. Widerstandsfähigkeit erhöhen, sei der Zweck der Abhärtung. Wogegen soll die Widerstandsfähigkeit erhöht werden? Wer, wo ist der Feind, der erhöhte Widerstandsfähigkeit herausfordert? Wo soll der Hebel angesetzt werden, um einer Gefahr, die wir nicht kennen, zu begegnen? Wodurch wird ein Organ zum *Loeus minoris resistentiae*? Diese Fragen müßten wir beantworten, dann wären wir von wissenschaftlich begründeter Abhärtung zu sprechen berechtigt. Insolange dies nicht möglich ist, sind auch die Statistiken, die den Zweck, den Nutzen oder den Schaden der Abhärtungsarten beweisen sollen, absolut unbrauchbar. Machen wir nicht täglich die Beobachtung, daß Menschen, die seit ihrer frühesten Kindheit täglich kalt gewaschen werden oder irgend eine kalte tonisierende Prozedur nehmen, bei jedem Witterungswechsel eine sogenannte Erkältungskrankheit acquirieren? Ist damit etwa die Zwecklosigkeit des sogenannten Abhärtungsverfahrens erwiesen? Oder umgekehrt. Sehen wir nicht tausend- und tausendmal, daß Menschen, die an habitueller Wasserseuche leiden, fast nie krank werden? Soll der Umstand etwa die Waschungen oder andere hydriatische Prozeduren als „abhärtende Methoden“ überflüssig erscheinen lassen? Was der eine als triftiges Argument für die Zweckmäßigkeit des Abhärtungsverfahrens in die Wagschale wirft, kann der andere mit Fug und Recht gegen die Abhärtung ins Treffen führen oder zumindest als Beweis nicht gelten lassen. Die Geschichte der Medizin liefert den unumstößlichen Beweis, daß jede Behandlungsmethode eine Nachfolgerin hat, die von den entgegengesetzten Prinzipien ausgeht; alle werden von „einwandfreier“ Statistik vertreten, jede hat demnach ihre Wertschätzer, ihre Verfechter. Ist schon diese geschichtliche Tatsache allein imstande,

unser Vertrauen zu den Statistiken der Behandlungsmethoden zu erschüttern, wo wir doch wenigstens positive Anhaltspunkte für die Beurteilung der Heilkraft oder der Minderwertigkeit der Heilmethoden und Heilmittel zu haben vermuten, wie erschüttert muß erst unser Vertrauen zur Statistik werden, wenn diese für oder gegen ein prophylaktisches Verfahren, wie die Abhärtung es ist, mitgeteilt wird. Sind etwa die gewissenhaftesten Statistiken der Anhänger der Schutzimpfungen einwandfrei? Gewiß nicht. Obwohl wir uns hier auf die bedeutend geringere Anzahl der Erkrankungen seit der Einführung der Schutzimpfungen berufen können. Welchen Maßstab haben wir für den Wert der anderen prophylaktischen Methode: der Abhärtung? Sehen wir einmal davon ab, daß wir nicht wissen, was Erkältung ist oder worin die Erkältungsgefahren bestehen.

Zugegeben, wir wollen die vitale Energie kräftigen, die Organe der Abwehr stärken, so müssen wir doch zunächst bekennen, daß es viele innere und äußere Momente gibt, welche die vitale Energie des Gesamtorganismus und eines einzelnen Organes beeinflussen, daß wir tatsächlich nicht berechtigt sind, anzunehmen, daß wir durch ein prophylaktisches Verfahren, durch eine bestimmte Prozedur instande wären, jene äußeren und inneren Momente zu ergänzen oder in einem anderen Falle abzuschwächen. Wir stecken aber auch noch viel zu tief in den Kinderschuhen biologischer Forschung, als daß wir uns im Kampfe gegen die Krankheit, geschweige denn gegen das Krankwerden allzu viel zugute schreiben dürften. Könnten wir das Wesen der Regulationsvorgänge im Organismus ergründen, dann wäre es vielleicht ein Leichtes, die Regulationsvorgänge zu fördern, den kämpfenden Organismus zu unterstützen. Wissen wir auch, daß der Organismus seine Schutz- und Wehrvorrichtungen hat, so kennen wir doch nicht alle Bedingungen, unter welchen sie das einmal kräftig in Aktion treten, das anderemal erlahmen, und dies müßten wir wissen, wollten wir die natürlich vorhandenen Schutztruppen verstärken und unterstützen. Ueberall Bedenken! Bedenken vom Standpunkte der Wissenschaft, der Biologie, der Statistik, sogar der Empirie. Und doch ist die Abhärtung ein prophylaktisches Verfahren, seit Jahrtausenden geübt und geschätzt. Und mit Recht. Wer heute seine Stimme gegen die Zweckmäßigkeit einer vernünftigen Abhärtung erheben wollte, würde von der ganzen Welt verlacht werden. Wenn wir durch eine rationelle Behandlung auch nur das geringste Positive zu leisten

imstande sind, dürfen wir uns nicht abhalten lassen, eine solche zu empfehlen und durchzuführen, wenn auch der eine oder der andere, trotz Abhärtung, einmal einen Schnupfen, ein anderesmal eine Bronchitis oder gar einen Gelenkrheumatismus acquiriert hat. Wenn wir nur mit der Abhärtung selbst nicht schaden. Darauf wollen wir unser Hauptaugenmerk richten, gegen die Uebertreibungen müssen wir ankämpfen, energischer noch, wie gegen die Unterlassung einer vernünftigen Abhärtung. So lange nicht der individualisierende Arzt selbst die Bestimmung der abhärtenden Prozedur trifft, so lange er nicht selbst Temperatur, mechanische Kraft, Dauer, Zahl und Zeit der Applikationen bestimmt, so lange den Abhärtenden oder den Pflegern derselben nichts anderes gesagt wird als: waschen Sie sich kalt oder baden Sie das Kind kalt, oder so lange gar die Eltern selbst ihre Maßnahmen bezüglich des Beginnes mit den kalten Bädern etc. treffen, ohne den Arzt zu Rate zu ziehen, so lange werden Uebertreibungen und direkte Schädigungen durch Uebertreibungen nicht hintangehalten werden können. Hier darf jedoch nicht von einer Schädigung durch „Abhärtung“, sondern nur von einer Schädigung durch ein bestimmtes sogenanntes Abhärtungsverfahren gesprochen werden, ebensowenig, wie von der schädlichen Wirkung eines Medikamentes gesprochen werden darf, wenn einmal die Ueberschreitung der Dosis des Medikamentes geschadet hat. Die Schwierigkeit, allgemein giltige Abhärtungsrezepte aufzustellen, ergibt sich von selbst, und wenn wir nicht im allgemeinen Gegner der sogenannten hydriatischen Rezepte wären, so müßten wir es auf dem Gebiete der Abhärtung werden.

Die Abhärtung muß streng individualisierend vorgenommen werden. Alter, Ernährungs- und Gesundheitszustand, Zirkulations- und Innervationsverhältnisse, Reaktionsvermögen der Haut und die von ihm abhängige Wärmeregulierung, Witterung — das und noch vieles andere sind die Hauptmomente, die für die Natur des Abhärtungsverfahrens bestimmend sein müssen. Nur unter solchen Umständen kann, gewiß noch immer nicht in allen, aber in vielen Fällen, ein Erfolg erzielt, einer Uebertreibung und Schädigung vorgebeugt werden. Ohne mich in Detailvorschriften einzulassen, mögen einige, von obigen Gesichtspunkten ausgehende Prinzipien mitgeteilt werden, welche sich mir und anderen stets bewährten, und welche ganz besonders Uebertreibungen hintanhaltend sollen.

Sehr wichtig erscheint es mir, vor allem darauf hinzuweisen, daß bezüglich der Altersgrenzen, innerhalb welcher die Abhärtung

vorzunehmen sei, eine Einigung erzielt werden muß. Säuglinge und Greise dürfen den üblichen Abhärtungsverfahren nicht unterzogen werden; hier muß das Prinzip der Schonung in den Vordergrund der Erwägungen gestellt werden. Man beginne die Abhärtung in der geläufigen Auffassung nach vollendetem ersten Jahr, wenn die körperlichen Verhältnisse es gestatten, hüte sich jedoch einerseits, mit zu niedrigen Temperaturen vorzugehen, die überhaupt im Kindesalter vermieden werden sollen, beachte anderseits, daß die Anwendung eines warmen Bades kein Abhärtungsverfahren darstellt. Es ist deshalb ein Irrtum, anzunehmen, daß ein Abhärtungsverfahren in der Weise eingeleitet werde, daß man durch einige Zeit ein warmes Bad gibt, nach einigen Tagen mit der Temperatur des Wassers herabgeht, und so fort, bis etwa die untersten Grenzen der Erträglichkeit erreicht werden. Sowie die Absicht besteht, die Abhärtung vorzunehmen, muß sofort mit thermischen Kontrasten begonnen werden. Nichts wäre jedoch verfehlter, als mit großen Temperaturdifferenzen vorzugehen; eine Temperaturdifferenz von einigen Graden genügt vollkommen, um eine Reaktion zu erzielen, deren Auftreten ist jedoch unerlässlich. Die Dauer der Prozedur sei möglichst kurz. Es wird sich also daraus und aus früheren Erwägungen bezüglich der nicht zu großen thermischen Kontraste die Notwendigkeit ergeben, die Prozedur mit einem entsprechend kräftigen mechanischen Reiz zur Anwendung zu bringen. Oft ist es genügend, ja entsprechender, wenn statt der warmen Applikation eine trockene Frottierung der Haut vorgenommen wird, eine nach dieser folgende kurze, nicht zu niedrig temperierte Prozedur wird in vielen Fällen sehr gute Reaktionsverhältnisse schaffen. Bezüglich der Zahl der täglich vorzunehmenden Applikationen bin ich entschieden der Ansicht, daß ein einmaliges, und zwar des Morgens vorgenommenes Verfahren am geeignetsten zur Erzielung des gewünschten Erfolges sei. Damit ist auch meine Ansicht bezüglich der abendlichen Aktionen präzisiert; ich halte diese entschieden für unzweckmäßig und bin der Ueberzeugung, daß diese abendlichen Prozeduren, namentlich bei Kindern, jene schädlichen Folgen bewirken, welche die Abhärtung bei so vielen Aerzten und Laien in Mißkredit und ungünstige Statistiken gebracht haben.

(Schluß folgt.)

REFERATE.

Interne Medizin.

Weitere Mitteilung über serotherapeutische Behandlung des Morb. Basedowii. Von Prof. Dr. O. Lanz (an der chirurg. Universitätsklinik in Amsterdam).

Die strumipriva Kachexie weist darauf hin, daß sich im Körper solcher Menschen und Tiere Giftstoffe anhäufen, welche sonst, bei unversehrter Schilddrüse, durch das Sekret der Schilddrüse neutralisiert werden, jedoch durch künstliche Zufuhr von Schilddrüsen-substanz per os unschädlich gemacht werden können. Gelänge es nun, dieses Kachexiegift dem Basedow-Kranken einzuverleiben und dadurch dem übermäßigen oder pathologisch veränderten Sekret eine Mehrarbeit zu bieten, so wäre eine Bindung des Basedowgiftes erreicht. Aus diesem Grunde entfernte er Ziegen die Schilddrüse und verabreichte deren Milch an Basedow-Kranke, in der Voraussetzung, daß, wie das Schilddrüsensekret, auch das strumipriva Gift in der Milch erscheine. In sechs Fällen wurde stets eine ganz auffallende Besserung, Verschwinden des Tremors, der Tachykardie, Rückgang des Exophthalmus, Gewichtszunahme erzielt, welche merkwürdigerweise auch nach Aussetzen der Milch konstant blieb. Namentlich ist der dritte Fall der Beobachtungen höchst auffallend, in welchem durch die Milchtherapie eine anscheinend im terminalen Stadium der Erkrankung befindliche Frau fast völlig geheilt wurde. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1903.)

Ueber das Antithyreoidin. Von P. J. Moebius.

M. läßt Hammel thyreödektomieren und benützt dann deren Blutserum als Gegengift gegen die Ueberproduktion von Schilddrüsensekret bei Basedow'scher Krankheit. Das Serum wird per os in Dosen von 5·0 g jeden zweiten Tag verabreicht. Die Erfolge sind sehr ermutigend. Nach Verbrauch von 100 g zirka findet sich auffälliger Rückgang der Schilddrüse, Verlangsamung des Pulses, allgemeine Beruhigung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1903.)

Ueber den Gang der Fettabnahme bei Entfettungskuren. Von Prof. E. H. Kisch.

Aus tabellarischen und graphischen Darstellungen des Verlaufes der Fettabnahme an Patienten, welche seinem Entfettungsverfahren unterworfen wurden, stellt K. fest, daß die Körpergewichtsabnahme bei einer solchen Kur in den ersten drei bis vier

Tagen am größten, meist überraschend groß ist, 2—2¹/₂ kg betragen kann; dann wird der Gewichtsverlust ein ziemlich gleichmäßiger, zwischen 20—50 dkg täglich. Der Grund dieses Verlaufes liegt in der plötzlichen Aenderung der Ernährung, in dem Wasserverlust durch die Bewegung, der diuretischen und purgierenden Wirkung des Mineralwassers. Als Gesamttresultat ergibt sich, daß plethorische hochgradig Fettleibige während einer vier- bis sechswöchentlichen Kur zirka 6·5% ihres Körpergewichtes verlieren. Zuerst schwindet das Fett des Panniculus adiposus der Brüste und des Nackens, dann am Kinn und Gesicht, später an Schenkeln und Armen, zuletzt am Gesäß und den Bauchdecken. Während so rascher Entfettungskuren sind stets Muskelkraft und Herz des Kranken unter sorgfältiger Kontrolle zu halten, um eine Schädigung des Eiweißbestandes sofort erkennen zu können. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 2, 1903.)

Ueber Jonenwirkungen und ihre therapeutische Verwendung.

Von W. Pauli.

Die vorliegende Mitteilung ist eine Anwendung der Jonenlehre auf die Pharmakologie der Salze. Nach den Untersuchungen des Vfs. gruppieren sich die Metalljonen und Säurejonen hinsichtlich ihres Verhaltens zu den Eiweißkörpern in einer gesetzmäßigen Reihenfolge, wobei sich die Wirkung eines Salzes additiv aus seinen zweierlei Jonen ergibt, die selbst wieder antagonistisch, die Metalljonen fällend, die Säurejonen fällungswidrig, wirken. Bemerkenswerterweise zeigt die Gruppierung der Jonen nach ihrem Verhalten zu den Eiweißstoffen auffallende Beziehungen zu ihrem sonstigen pharmakologischen Charakter. Die eiweißfällenden Jonen wirken abführend, unter den fällungswidrigen sind Nitrate, Bromide, Jodide und Rhodanide am wirksamsten. Da die ersten drei durch hervorragende arzneiliche Eigenschaften ausgezeichnet sind, lag es nahe, auch bei den Rhodanjonen solche zu vermuten. In der Tat haben Erfahrungen an bisher 35 Kranken gelehrt, daß den Rhodaniden neben einer merklichen kalmierenden Wirkung ein hervorragendes antistenocardisches Vermögen bei Arteriosklerose und Aorteninsuffizienz zukommt. Auch in einigen Fällen von luëtischen Kopfschmerzen wurden auffallende Erfolge erzielt.

Als Nebenwirkungen wurde Akne und häufiger Schnupfen beobachtet. Die Tagesdosis betrug nicht mehr als ein Gramm.

Betreffs der Ausführungen über die Art der Salzwirkung im Organismus und die Beziehungen von Rhodan- und Jodjonen zu Schwermetallen vor allem den pathologisch wichtigen Calciumjonen

muß auf die Originalmitteilung verwiesen werden. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 4, 1903.)

Ueber Rektalernährung. Von Dr. P. Deucher.

Eine ausschließliche Rektalernährung ist weder nach Tierversuchen, noch nach den Erfahrungen am Menschen als durchführbar anzusehen. Beim Menschen ist nach Vfs. Ansicht sechs Tage die längste Periode für die Durchführung einer ausschließlichen Rektalernährung. Auch hierbei tritt immer beträchtliche Gewichtsabnahme ein. Wird die Nahrung nicht ausschließlich durch das Rektum gereicht, so gestalten sich die Verhältnisse viel günstiger. Selbst subkutane oder intravenöse Infusion von physiologischer Kochsalzlösung bildet eine vorzügliche Unterstützung der Rektalernährung. Erlaubt man jedoch irgend eine Zufuhr durch den Mund, so kann als Unterstützung die Rektalernährung wochenlang durchgeführt werden. Der Nährwert der Klysmen wird durch zwei Momente ungünstig beeinflusst. In erster Linie ist es nicht leicht, den Dickdarm frei von Fäkalmassen zu halten, so daß abnorme Zersetzungs- und Faulungsprozesse in der eingeführten Nahrung durch die vorhandenen Fäces möglich sind. Stets vermindert der diarrhöische Stuhl den Wert eines Nährklysters beträchtlich. Besonders warnt Vf. vor gleichzeitiger Einfuhr der sogenannten Eiweißpräparate per Os, welche leicht Diarrhöen erzeugen. Zweitens ist bei gleichzeitiger Nahrungsaufnahme es viel unwahrscheinlicher, daß rückläufige Bewegungen im Dickdarme zustande kommen. Uebrigens ist zu bemerken, daß, obwohl ein rückläufiger Transport von flüssigen und festen Teilen über die Ilcoecalklappe hinauf möglich ist, dies für die Praxis der Nährklysmen wenig in Betracht kommt, da beim Menschen wenigstens der größere Teil im Rektum verbleibt.

Am leichtesten resorbierbar aus dem Dickdarme ist die physiologische Kochsalzlösung, welche Applikationsweise gegenüber subkutanen und intravenösen Verabreichungen leider noch zu wenig in der allgemeinen Therapie geübt wird.

Für die Auswahl der Nahrungsstoffe des Nährklysmas kommen Nährwert und Resorbierbarkeit in Betracht. Von den Eiweißkörpern eignen sich am besten Eier und Albumosen, sogenannte Peptone. Eier werden bei Zusatz von 1 g Kochsalz pro Ei gut resorbiert. Mehr als drei Eier sollen in einem Klyσμα nicht gegeben werden. Leider treten im Mastdarm leicht Fäulnisprozesse ein, denen durch Reinigungsklystiere nur zu einem gewissen Grade

vorgebeugt werden kann. Außer Kochsalz und Wasser bis zu 200 cm³ und einigen Tropfen Opium soll nichts zum Nährklysmata zugesetzt werden. Besondere Zugabe von Milch erhöht die Gefahr der Fäulnis und das Milcheiweiß wird ohne Peptonisierung nur sehr schlecht resorbiert. Peptonzusatz ist deshalb nicht zu empfehlen, weil diese Substanzen bei Gegenwart von Kochsalz schlechter resorbiert werden, oder teilweise gefällt werden; außerdem verursacht die Mischung von Pepton und Salz vermehrte Darmreizung.

Als Zusätze werden häufig stimulierende Medikamente und Wein empfohlen. Unter den ersteren ist gegen Kaffee nicht viel einzuwenden, dagegen ist Wein nicht im allgemeinen zu empfehlen, da reflektorisch durch denselben eine sekretionserregende Wirkung auf den Magen zustande kommt. Zusatz von Zuckerlösung zu den Eiern ist eher gestattet.

Schneller als Eier werden Peptonlösungen, also die gewöhnlichen Nährpräparate resorbiert. Mehr als 60 g in einem Klysmata von $\frac{1}{4}$ l darf nicht gegeben werden. Zusatz anderer Substanzen, namentlich Zucker, verursacht fast immer vermehrte Fäulnis und heftige Diarrhöen. Glänzend bewährt haben sich dem Vf. die L e u b e'schen Pankreas-Fleischklystiere, doch ist deren praktische Durchführung, namentlich wegen der schwierigen Beschaffung des frischen Pankreas, untunlich. Somatose erzeugt leichter Diarrhöen als die übrigen Peptone. Fleischsäfte, Fleischbrühe, Kasein werden schlecht resorbiert und reizen den Darm.

Der Wert der Fette für die Rektalernährung ist sehr gering. Sie werden sehr schlecht resorbiert, auch in den verschiedensten empfohlenen Modifikationen.

Die Kohlenhydrate werden am besten als Traubenzucker dem Klysmata zugesetzt. Sie werden sehr schnell resorbiert, bis zu 90% des eingeführten Zuckers in einer Stunde. Auch der Rohrzucker wird beinahe ebenso gut resorbiert. Zusatz von Opium ist hierbei fast stets zu empfehlen. Milchzucker, Stärke, Maltose, Dextrin werden teils langsamer, teils gar nicht resorbiert. Die Zuckerlösung soll nie über 20% stark sein.

Von den gemischten Nahrungsmitteln, welche zugleich Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate enthalten, kommt neben den Eiern hauptsächlich Milch in Frage, jedoch hat sie an sich geringen Nährwert; das Milchfett wird gar nicht resorbiert, der Milchzucker vergäht am leichtesten im Darmlumen und Milcheiweiß und Kasein gerinnt im Darmlumen rasch durch die

Anwesenheit des *Bacterium coli*. Milch soll daher nur nach vorhergegangener Peptonisation gegeben werden; da sie übrigens als Zusatz zu anderen Stoffen nur die abnormen Zersetzungen begünstigt und so die Resorption stört, ist es besser, dieselbe gar nicht zu verwenden.

Die besten Nährklysmen bleiben somit die einfachen: Eier mit Kochsalz und namentlich Zuckerlösungen mit Opium.

Da der Bedarf des Körpers an Kalorien niemals durch die Nährklysmen gedeckt werden kann, so bleiben von den Indikationen derselben nur wenig zurück, namentlich wird man niemals versuchen wollen, eine Uebernahrung durch Applikation von Nährklysmen neben größerer Nahrungszufuhr durch den Mund zu erzielen. Bei inoperablem Carcinom des Oesophagus und Magens genügen fast immer bloße Salzwasserklystiere, da diese Kranken nur Durst und nicht Hunger leiden. Ebenso steht es bei unstillbarem Erbrechen durch Gravidität, Hysterie und anderen Zuständen, obwohl hier vielleicht Zusatz von Zucker oder Eiern in manchen Fällen ratsam erscheint. Dagegen ist nach großen chirurgischen Eingriffen im Magendarmkanale die rektale Ernährung sehr häufig unbedingt notwendig, jedoch beginne man namentlich bei Magenoperationen nicht zu früh, damit nicht auf reflektorischem Wege Reizungen ausgelöst werden. Die besondere Domäne der Nährklysmen sind die Fälle von frischen Magengeschwüren und Vergiftung durch ätzende Substanzen, wo es sich in erster Linie um völlige Stillstellung der Magenfunktionen für eine gewisse Zeit handelt. Auch hier genügen die einfachen Klysmen, also Zuckerlösungen und Eier mit Kochsalz, vollkommen. — (Korresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte Nr. 2, 1903.)

Ueber Diagnose und Therapie der Migräne. Von Dr. J. P. Karplus.

Die genuine Migräne ist meist ein vererbtes Leiden, so daß ohne Nachweis von Migränefällen in der Aszendenz Vorsicht in der Diagnose geboten ist, um nicht symptomatische Migräne zu erkennen. Als charakteristische Begleitsymptome der Migräneanfalle sind gewisse anräthliche, vasomotorische und sensible Erscheinungen anzusehen, darunter namentlich Flimmerskotome, einseitige oder allgemeine Paraesthesien, Sprachstörung und Gefühl von Schwere in der Zunge, sehr selten motorische Schwäche. Der Kopfschmerz beginnt meist an einer zirkumskripten Stelle, der Aura gewöhnlich kontralateral und ist gegenüber neuralgischen Kopfschmer-

zen durch seine Kontinuität charakterisiert. Mit dem Kopfschmerz verbinden sich sehr oft ausgesprochene Hyperästhesie der Sinnesorgane, namentlich des Gesichtes und Gehörs. In schweren Fällen findet sich Pulsverlangsamung, auf der Höhe des Anfalles tritt Erbrechen auf, manchmal, namentlich bei leichteren Fällen, jedoch das Gegenteil, indem Speiseaufnahme eine Erleichterung herbeiführt. Die Anfälle beginnen meist schon in der Kindheit. Wichtig sind die Beziehungen der Migräne zur Nervosität, Hysterie und Epilepsie, welche häufig diagnostische Schwierigkeiten bedingen können, aber dennoch wesentlich für die Therapie in Betracht kommen. Ebenso sind symptomatische Migräneanfälle nach Augenerkrankungen, organischen Gehirnkrankheiten u. a. m. zu berücksichtigen. Die Behandlung der Migräneerkrankungen selbst besteht in der Verhinderung des Auftretens der Anfälle, sowie in der Behandlung des Anfalles selbst. Alle allgemeinen Maßnahmen, welche die Gesundheit des Kranken heben, sind nützlich. Intensität und Frequenz der Anfälle können abnehmen. Jedem schwer Migränekranken ist der Alkohol zu entziehen. Ferner forsche man nach Gelegenheitsursachen, welche etwa die Anfälle hervorrufen (geistige Ueberarbeitung, Aufregungen und eine ganze Anzahl verschiedener äußerer Umstände), um dieselben möglichst vermeiden zu können. Ein Verhüten der Anfälle gelingt manchmal durch eine Bromkur, wobei man durch 14 Tage 3 g Bromsalz pro die gibt, dann allmählich auf 5—6 g steigt und wenn die Anfälle ausbleiben, wieder auf 3 g heruntergeht und längere Zeit auf dieser Dosis verbleibt. Wird Brom nicht vertragen, so muß man sich auf die Behandlung der einzelnen Anfälle beschränken. Man gibt möglichst frühzeitig Phenacetin, Pyramidon, Migränin oder Pyramidon mit Coffeinum citricum. Gefäßmittel sind einstweilen, da wir über den Zustand der Blutgefäße im Gehirn keine Kenntnis haben, kontraindiziert, eventuell könnte man in anfallsfreien Zeiten eine Beeinflussung der Gefäße durch Adrenalin oder durch Diuretin versuchen. In sehr schweren Anfällen ist bei Versagen anderer Mittel eine Morphininjektion indiziert. — (Klin. ther. Wochenschr. Nr. 5, 1903.)

Mitteilungen über Studien zur Erforschung und Heilung des Krebses beim Menschen. Von Dr. Ludwig Seligmann.

Ueber die neueren Versuche von L e i d e n - B l u m e n t h a l zur Heilung des Krebses ist zwar ein Urteil nicht möglich, doch ist es theoretisch nicht recht verständlich, wie sich die Autoren, welche

an der parasitären Natur des Krebses festhalten, die Wirkung ihrer Methode vorstellen; es ist unverständlich, wie die aus dem Tumor ausgepreßten Flüssigkeiten, welche wohl auch den infektiösen Träger beherbergen, auch oft heilend wirken sollten, da dies mit allen Methoden der Gewinnung eines Heilserums im Widerspruch steht. Vf. hat schon vor Jahren Experimente über den Krebs begonnen. Er ging von der Idee aus, daß die abnorme Entwicklung eines Gewebes, z. B. der Schilddrüse, auf Grund eines vergrößerten Verbrauches der durch innere Sekretion desselben gelieferten Substanz beruhe. Einführung der Schilddrüsensubstanz muß daher eine Verkleinerung der krankhaft vergrößerten Drüse hervorbringen. Bei der unsicheren Aetiologie des Carcinoms läßt sich vielleicht dieser Standpunkt auf dasselbe übertragen: der Organismus ist in seiner Konstitution irgendwie erkrankt, als deren Folge eine Proliferation der Epithelzellen eintritt. Diese letzteren produzieren durch ihre Lebenstätigkeit eine innere Sekretion, das, vielleicht als ein Gegengewicht der durch die primäre Erkrankung bewirkten Veränderung der Gewebssäfte angesehen werden darf. Fällt nun dieses Kompensationsbestreben gegen das vorhandene konstitutionelle Leiden ungenügend aus, so ist schrankenlose Wucherung der epithelialen Elemente die Folge. Von diesem Gesichtspunkte aus können wir in den Krebszellen ein Element vermuten, das vielleicht eine antitoxische Substanz gegen das primäre Leiden enthält. Vf. hat deshalb eine Reihe therapeutischer Versuche angestellt, indem er carcinomatöse Massen von Uteruscarcinomen auslaugte, trocknete und steril weiter arbeitete. Das so gewonnene Präparat wurde durch Tierversuche als unschädlich erwiesen. Hierauf versuchte Vf. dasselbe an schwerkranken Frauen, wo totale Exstirpation des Uterus nicht mehr ausführbar war. Es wurde zwar subjektive Besserung beobachtet, ebenso hörten Blutungen und Jauchung auf, doch ließ sich kaum ein Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung konstatieren. Weitere Versuche sollen folgen. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 3, 1903.)

Zur Behandlung akuter Infektionskrankheiten. Von Dr. J. Wernitz.

Bereits im Vorjahre hat W. durch eine eigene Behandlungsmethode schwere Fälle von puerperaler Sepsis günstig beeinflußt und er erweitert nun seine Methode auf alle Infektionskrankheiten. Das Prinzip der Behandlung besteht in möglichst großer Flüssigkeitszufuhr, um dadurch nicht nur der Wasserverarmung mit ihren Be-

gleiterscheinungen (Trockenheitsgefühl, Durst) entgegenzuwirken, sondern namentlich, um eine vermehrte Ausscheidung aller Sekrete zu bewirken, wodurch nicht nur die geformten Elemente des Virus, sondern auch die Toxine schneller aus dem Körper entfernt werden. Die Verdünnung der Gifte und die vermehrte Ausscheidung unterstützt den Organismus im Kampfe mit den pathogenen Mikroorganismen, die deletäre Wirkung der Gifte wird abgeschwächt, der Körper findet Zeit, die Antitoxine zu bilden. Da die bisher üblichen Methoden gesteigerter Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend oder unsicher und unbequem sind, suchte W. nach einem neuen Verfahren und fand dasselbe in Hegar'schen Einläufen welche in folgender Weise angewendet werden: ein mittellanges Mastdarmrohr wird soweit, als es ohne Schmerzen angeht, eingeführt. Unter geringem Drucke wird das Wasser einlaufen gelassen und bei entstehendem Stuhl drange der Irrigator gesenkt, wodurch der Mastdarminhalt in den Irrigator zurückfließt. Dann wird wieder das Einlaufen fortgesetzt, u. zw. wird so lange Heben und Senken des Gefäßes wiederholt, bis das untere Darmrohr von Kothmassen befreit ist. Ist das Wasser zu stark verunreinigt, so wird es gewechselt. Nach einer Unterbrechung von einer Stunde wird der Einlauf wiederholt. In dem leeren Darm geht jetzt die Wasserresorption rasch vor sich. Dies wiederholt man 2—3 mal am Tage. Der Puls wird voller; trockene Schleimhäute feucht, das Aussehen bessert sich, Kopfschmerzen, Delirien lassen nach. Beim zweiten oder dritten Einlauf tritt Schweißsekretion ein, welche sich bei jeder Wiederholung der Prozedur verstärkt. Die Temperatur sinkt ab, anfangs nur während der Schweißsekretion, später anhaltend. Die Harnmenge steigt auf 5—6 l pro Tag.

Die Zahl der Einläufe richtet sich nach dem Krankheitsfall. In einem schweren septischen Fieber wurden zehn Einläufe in 24 Stunden gegeben und eine auffallende Besserung erzielt. In weniger ernsten Fällen kann man sich mit geringerer Zahl begnügen. Mit keinem Fiebermittel gelingt es, die Temperatur so schnell und ohne Nebenerscheinungen herunterzudrücken, wie hier. Alle Erscheinungen, vermehrte Harn- und Schweißsekretion, Fieberabfall treten nur sukzessive auf, u. zw. ohne unangenehme Mattigkeit und ohne Kollaps, da nur der Ueberschuß der eingeführten Flüssigkeit durch Schweiß und Harn ausgeschieden wird. — (Ther. Monatsh. Nr. 2, 1903.)

Physikalische Therapie.

Zur Behandlung der Pneumonie. Von Dr. Gustav Nešpor.

N. berichtet über 92 Fälle von kroupösen, katarrhalischen und Influenzapneumonien, welche unter Anwendung sehr einfacher hydratischer Methoden behandelt wurden und von welchen im ganzen drei starben. Zwei derselben betrafen Personen, welche gleichzeitig mit Lungentuberkulose behaftet waren, bei welchen auch intra vitam der Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum erbracht wurde. Weiters war im Laufe der Krankheit Pneumothorax aufgetreten. Der Obduktionsbefund bei einem dieser Fälle lautete: Tuberculosis pulmonum, Pleuritis sinistra, Pneumothorax dexter. Es bleiben demnach 90 Fälle mit einem Todesfall. Allerdings ist die Beurteilung therapeutischer Maßnahmen gerade bei der Pneumonie den mannigfachsten Irrtümern unterworfen, und unterliegt es keinem Zweifel, daß insbesondere in einem Militärhospital wegen des günstigen Krankenmaterials die Verhältnisse von vornherein bessere sein mußten. Immerhin ist aber eine so geringe Mortalität eine auffallende Erscheinung und regt zu weiterer Anwendung der Behandlungsmethode an. Die Behandlung besteht in der Anwendung von Kreuzbinden und Teilabreibungen. Letztere werden so vorgenommen, daß der Patient nur an jenem Körperteile entblößt wird, der abgerieben werden soll. Die entblößten Körperteile werden dann nacheinander mit einem in kaltes Wasser getauchten und gut ausgewundenen Handtuche bedeckt (eingehüllt) und wird über demselben so lange frottiert, bis der betreffende Körperteil warm gerieben ist. Hierauf wird der Körperteil trocken frottiert, eingehüllt und ein anderer Körperteil entblößt und ebenso behandelt. Ein und derselbe Körperteil kann auch 3—4 mal hintereinander abgerieben werden, wenn die hohen Temperaturen einen kräftigeren thermischen Reiz, eine stärkere Wärmeentziehung erheischen. Nach den Ansichten des Autors entspricht eine Teilabreibung, viermal an jedem Körperteile vorgenommen, in ihrer Wirkung auf Temperatur, Puls und Gefäßtonus einem Bade von 24—22° R. von acht Minuten Dauer. Die Teilabreibungen werden je nach Bedarf mehrmals täglich bis viermal angewendet, abhängig von der Temperatur und den Zirkulationsverhältnissen. Letztere indizieren ebenso, vielleicht noch eher die Wiederholung der Teilabreibung wie die Temperatursteigerung. Die Prozedur wird von den Patienten als angenehm und sehr erfrischend bezeichnet und in

vielen Fällen ihre Wiederholung geradezu gewünscht. In der Zwischenzeit erhalten die Patienten Kreuzbinden oder Stammumschläge, bei schlechtem Puls Kühl Schlauch auf die Herzgegend. — (Blätter f. klin. Hydrolher. Nr. 1, 1903.)

Ueber die chronische spastische Obstipation. Von Dr. Westphalen.

Die spastische Obstipation findet sich vorzugsweise bei neurotischen Individuen. Die Menge des abgesetzten Kotes entspricht der Schätzung nach der eingeführten Kost; trotzdem haben die Patienten nach dem Stuhle nicht das Gefühl der Erleichterung, der vollständigen Entleerung, die Defäcation ist erschwert und erfolgt nur unter Mithilfe der Bauchpresse. Die Stühle selbst sind meist bandartig, zuweilen werden auch kleine kugelige, nicht harte Fäces abgesetzt. Viele Patienten haben mehrmals im Tage das Bedürfnis, Stuhl abzusetzen. Am Abdomen findet man einzelne Abschnitte des Darmes aufgetrieben, in der Ileocöcalgegend ist öfters ein weicher elastischer Wulst palpabel, der bei leisem Streichen unter Gurren verschwindet. Druckempfindlich ist gewöhnlich die Regio coecalis und ein kleiner Bezirk links vom Nabel. Die Stuhlträchtigkeit beruht in derartigen Fällen auf einer Zurückhaltung des Darminhaltes durch in Kontraktion befindliche Darmabschnitte. W. nimmt an, daß dieselbe auf eine abnorm gesteigerte Erregbarkeit der Darmnerven zurückzuführen sei, welche reflektorisch einen tonischen Kontraktionszustand hervorrufen. W. empfiehlt lauwarmer Douchen als wirksames Mittel gegen diese Form der Obstipation. Nach den Erfahrungen des Referenten dürfen solche lokale warme Douchen mit nicht zu starkem mechanischen Reiz appliziert werden, wenn sie den Kontraktionszustand zur Lösung und die Obstipation zur Beseitigung bringen sollen. Von sehr großem Vorteile und sehr gerühmt sind die protrahierten warmen Sitzbäder, warme (28—30 ° R.) Vollbäder, Thermophor auf das Abdomen, Stammumschlag, mit dem Schlauch mit durchfließendem heißem (40 ° R.) Wasser, welcher täglich für 1/2 Stunde angelegt wird. Bekannt ist die vortreffliche Wirkung der Dampfbäder, namentlich bei den auf Bleiintoxikation basierenden Formen. Warme Dampfkompresen, Irrigationen täglich mit 1—2 l Wasser vorgenommen, beseitigen ebenfalls prompt den Spasmus. Bei Spasmus im untersten Ende des Darmes ist der Atzenberger'sche Apparat, durch den man 20—25 Minuten lang 30 ° R. Wasser zirkulieren läßt, angezeigt. Die Anwendung diätetischer Maßnahmen, namentlich zellulosereicher

Kost ist nach allen praktischen Erfahrungen, trotz gegenteiliger theoretischer Annahmen, indiziert und sehr günstig. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 47, 1902.) B.

Heißes Wasser gegen Eczema acutum. Von Dr. J. Poktelow

Es ist eine fast allgemein giltige Regel bei akuten Ekzemen jede Berührung mit Wasser zu meiden, eine Behandlung mit Wasser höchst kontraindiziert, ja von manchem sogar als Kunstfehler betrachtet. Vf. ist auf Grund seiner Beobachtungen zum Resultate gelangt, daß bei akuten Ekzemen die Behandlung mit warmem Wasser nicht nur nicht schade, sondern sehr günstige Resultate erzielen lasse. Er wendet das Wasser entweder in Form von heißen Bädern an, so heiß als es die Kranken vertragen, in welche die erkrankten Körperteile getaucht werden, oder als heiße Douche. Schon nach einigen Applikationen soll nach den Erfahrungen des Autors das Jucken schwinden, die Entzündungserscheinungen treten zurück und es tritt rasche Heilung ein. Er berichtet über Fälle, bei welchen die Anwendung des heißen Wassers im Beginne der Eruption der Effloreszenzen abortive Wirkung gezeigt hat. — (Gaz. des Eaux Nr. 2259, 1902.) B.

Hydrotherapie bei Psychosen. Von Dr. Bleuer.

Bei akuten Psychosen sind Bäder von 34° C. ein ausgezeichnetes Calmans. Die Anwendung von kaltem Wasser ist bei den Psychosen nur selten nützlich, viel häufiger schädlich. Das Nervensystem muß in diesen Fällen geschont werden, man darf keine kräftigen Reize anwenden, da die Kranken einer solchen Behandlung viel eher einen kräftigen Widerstand entgegensetzen, als daß sie in ihr den therapeutischen Zweck anerkennen. Daher verbieten sich auch, nach der Meinung des Autors, die Douchen von selbst. Dagegen bieten die lauen Bäder den Melancholikern eine große Erleichterung, sie sind auch ein gutes Schlafmittel; auch die Maniakalischen und Neurastheniker befinden sich dabei sehr wohl. — (Gaz. de Eaux Nr. 2268, 1902.) B.

Hydrotherapie bei Infektionen. Von Dr. Perrier.

Die Infektionen sind in ihrer Intensität und Dauer sehr variabel, je nach dem Charakter der Infektionskeime und nach der Körperregion, in der sie sich entwickeln. Es ist evident, daß von Haus aus schwache oder in ihrem Kräftezustand herabgekommene Individuen dem Angriffe der Mikroben nur einen geringen Widerstand entgegensetzen können und daß in solchen Fällen die Haupt-

aufgabe der Therapie darin besteht, den Organismus so viel als möglich zu kräftigen und die Phagocytose zu erhöhen. Vor allem kommt also hier die Hydrotherapie in Betracht, denn sie erleichtert, beschleunigt und graduiert alle organischen Ausscheidungen; sie führt zu einer erhöhten Tätigkeit der Nieren, der Leber und aller anderen Kolatorien. Dazu kommt noch, daß diese Ausscheidung der Noxen stets mit einer Steigerung des Kräftezustandes verbunden ist. — (Gaz. des Eaux Nr. 2268, 1902.) B.

Chirurgie.

Ueber Herzmassage. Von Dr. Boureau.

Die Herzmassage, die auf Grund von gelungenen Tierexperimenten gegen Chloroformasphyxie beim Menschen von P r u s empfohlen wurde, ist in der letzten Zeit tatsächlich mehrmals ausgeführt worden, ohne daß man aber mehr als vorübergehende Erfolge erzielt hätte. In einigen Fällen begann das Herz zu schlagen, die Blässe verschwand, die Patienten kamen sogar zum Bewußtsein und beantworteten die an sie gestellten Fragen, nach einiger Zeit wurden aber die Herzkontraktionen schwächer und hörten bald ganz auf.

Was die Methode selbst anbelangt, wurde dieselbe auf diese Weise ausgeführt, daß mittels temporärer Rippensektion der Herzbeutel bloßgelegt wurde und nach Inzision desselben das Herz in die Hand genommen und rhythmisch gedrückt wurde. Die Methode setzt aber auch eine unangenehme, für den Fall der Genesung sogar sehr schwerwiegende Komplikation, nämlich einen linksseitigen Pneumothorax. Diese Komplikation ist aber nach dem Vorschlage M a u c l a i r e s zu vermeiden, wenn man das Herz auf transdiaphragmatischem Wege vom Abdomen aus eröffnet. — (Revue de Chir. Nr. 10, 1902.)

Ueber Impfredive nach Echinococcusoperationen. Von Dr. Dévéc.

Nachdem Vf. auf experimentellem Wege nachgewiesen hat, daß durch Uebertragung von Keimkapseln oder Skolices auf geeigneten Boden (Pleura, Peritoneum) ein regelrechter Echinococcus entstehen könne, macht er darauf aufmerksam, daß bei der jetzt üblichen Operationstechnik es leicht zu einer Aussaat dieser mit bloßem Auge schwer sichtbaren Keime und daher zu einer

neuerlichen Infektion des Peritoneums kommen könne. Um daher diese Aussaat zu vermeiden, muß jede Punktion des Sackes, wie sie auf internen Stationen zu diagnostischen Zwecken üblich ist, vermieden werden. Da aber auch Antiseptika (Sublimat, Formol) die lebensfähigen Keime des Echinococcus abtöten, kann man sich dieser Mittel bedienen, um die Gefahr der Infektion zu verringern. Der Inhalt des Sackes ist vor der Exstirpation zu aspirieren und an Stelle der Flüssigkeit ist Sublimatlösung (1:1000) oder Formol (1:200) einzuspritzen. Nach einigen Minuten sind die Keime unwirksam gemacht und jetzt kann man die Flüssigkeit ablassen und die Blase in toto exstirpieren oder vor der Exstirpation die Blase breit eröffnen und die Wände mit Kompressen abtrocknen. — (Revue de Chir. Nr. 10, 1902.)

Behandlung der Spina ventosa mittels freier Autoplastik.

Von Dr. Karl Timann.

An der Rostocker chirurgischen Klinik wurden zwölf Fälle von Spina ventosa mittels eines neuen Verfahrens operiert, das ausgezeichnete funktionelle Resultate geliefert hat. Da die Spina ventosa eine Erkrankung ist, die sich hauptsächlich auf die Diaphyse beschränkt, wurde dieselbe unter Blutleere mit Schonung des Epiphysenknoorpels total exstirpiert, meist mit dem Periost; der so entstandene Defekt wurde durch ein entsprechend großes oder, was noch besser ist, durch ein noch größeres Stück aus dem unteren Teil der Ulna ersetzt. Dieses Stück, etwa $\frac{1}{2}$ em breit und 2—3 mm dick, wird sorgfältig mit dem dazugehörigen Periost mit einem feinen Meißel aus dem bloßgelegten unteren Teil der Ulna herausgemeißelt und unter möglichster Extension des Fingers zwischen die betreffenden Gelenkenden eingelegt. Die Wunde wird durch Naht geschlossen.

Das Knochenstück kann ebensogut von jedem anderen Knochen (Tibia, Rippe) genommen werden, nur wird dadurch das Verfahren kompliziert, indem dann, statt eines, zwei Verbände angelegt werden müssen.

Das eingepflanzte Knochenstück ist in fast allen Fällen tadellos eingehilt und ist auch ein wenig gewachsen; um aber eine größere Verkürzung des betreffenden Fingers und Funktionsstörung zu verhüten, ist es gut, das Knochenstück etwas größer zu nehmen, als die Diaphyse war. Wenn die Hand ihre gewohnte Funktion übernimmt, formt sich auch das eingepflanzte Knochenstück und es nimmt, wie die nach 1—2 Jahren aufgenommenen

Röntgen-Bilder gezeigt haben, eine der normalen Form ähnliche Gestalt an. Je jünger das Kind ist, desto größer (als das exstirpierte Stück) muß das Ersatzstück genommen werden. — (Beitr. f. klin. Chir. Bd. 36, Nr. 1.)

Ein Beitrag zur Chirurgie der Milz- und Leberverletzungen.

Von Dr. H. Roeser.

Die operative Therapie bewährte sich in zwei Fällen von Zerreißen der Milz infolge Einwirkung stumpfer Gewalt, dank der modernen aseptischen Behandlung, ausgezeichnet. Da wegen der hochgradigen Zerreißen an eine Tamponade oder Naht der Milz nicht gedacht werden konnte, wurde in beiden Fällen die Exstirpation der Milz vorgenommen. Die Patienten erholten sich, dank der prophylaktischen intravenösen Kochsalztransfusion, sehr bald; die Blutbeschaffenheit wurde bald normal, ohne daß eine vikariierende Tätigkeit der Schilddrüse, Lymphdrüsen oder des Knochenmarkes zu konstatieren gewesen wäre. Ein dritter Fall von Stichverletzung der Milz verlief tödlich, nicht wegen der Blutung, sondern infolge einer Pneumonie. Die Blutung konnte mittels Tamponade leicht gestillt werden.

Weiters berichtet Vf. über fünf Fälle von schweren Leberverletzungen. Zweimal lagen subkutane Zerreißen der Leber, zweimal Schußverletzungen der Leber und in einem Falle penetrierende Verletzung der Leber infolge Eindringens eines Gußeisenstückes vor. In allen Fällen bestanden schwere Komplikationen mit anderen schweren intraabdominellen Verletzungen (Magen-, Darmruptur, Blutung, dann Pleuraverletzung), infolge dessen war der Verlauf ein ungünstiger. Die Blutstillung gelang entweder durch Tamponade oder durch Naht der Leber. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 36, Nr. 1.)

Zur Diagnostik und Therapie des inneren Darmverschlusses.

Von Dr. E. Hepner.

Wenn auch die Diagnose des inneren Darmverschlusses vor der Operation in vielen Fällen nicht mit Sicherheit zu stellen ist, fordert Vf., daß im Momente, in welchem bloß die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt wurde, die chirurgische Behandlung eingeleitet werden solle. Er ist der sicheren Ueberzeugung, daß auf diese Weise die Mortalität vermindert werden könnte. Von den 31 Operierten genasen 15 und von den 16 Gestorbenen wären noch andere neun Patienten zu retten gewesen, wenn die Operation früher ausgeführt worden wäre. Vier weitere Fälle gingen zugrunde, weil der Darm nicht gehörig entlastet wurde, daher fordert

Vf. weiter, daß sofort der Darm vom gestauten Inhalt befreit werde. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 36, Nr. 2.)

Ueber ein neues Massageverfahren. Von Prof. Hofmeister.

Das Verfahren, welches geeignet ist, in manchen Fällen die manuelle Massage zu ersetzen, besteht darin, daß die zu massierende Extremität, meistens der Arm, in ein tiefes Gefäß mit Quecksilber in langsamem Rhythmus getaucht wird. Zu diesem Zweck muß ein 50 cm hoher Eisenzylinder von 12—15 cm Weite zur Hälfte mit Quecksilber gefüllt werden. Das Quecksilber wird mit einer Schichte von verdünntem Spiritus bedeckt, um es vor Verdunstén zu schützen. Der Druck des Quecksilbers auf die Haut ist, je tiefer man den Arm eintaucht, größer und bewirkt schließlich, daß die arterielle Blutzufuhr ganz aufhört und die Hand ganz blutleer wird. Bei rhythmischem Eintauchen wechselt daher ein Zustand von Anämie und Blutzufuß und es wirkt dasselbe wie eine regelrechte Massage.

Auf dieselbe Weise wird auch Oedem leicht verdrängt und es wurde Abnahme der Zirkumferenz von mehreren Zentimetern am Handgelenk nach einmaliger Massage (von $\frac{1}{2}$ —1 Stunde Dauer) konstatiert.

Ebenso gut wirkt auch diese Massage bei der Mobilisierung steifer Fingergelenke. Wenn die Finger ein wenig gebeugt sind, werden sie wegen des Gegendruckes beim Eintauchen noch mehr gebeugt und daher langsam mobilisiert.

Die Quecksilbermassage ist eine sehr gleichmäßige, verursacht keine Schmerzen und hat gar keine unangenehmen Folgen. Auch bei offenen Wunden konnte keine Quecksilberintoxikation nachgewiesen werden; wenn man aber ängstlich ist, kann man die Wunde mit einem Zinkkautschukpflaster oder einem Guttaperchapapier bedecken. Die Methode eignet sich auch, um bei Phlegmonen und Panaritien Versteifungen zu verhüten, da sie schon angewendet werden kann zur Zeit, als die Wunde nicht ganz geheilt ist.

Der einzige Nachteil ist die Kostspieligkeit des Verfahrens; es sind nämlich zirka 3 l Quecksilber zum Preise von Mk. 80 pro Liter nötig. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 36, H. 2.)

Welche Aussichten bietet die Operation des Mammacarcinoms bei vergrößerten Supraclaviculardrüsen? Von Prof. Dr. Küttner.

Die Nachuntersuchungen der Frauen, die wegen Carcinoma mammae an der Bruns'schen Klinik operiert wurden, ergaben, daß

bei bereits infizierten Supraclaviculardrüsen keine einzige der Frauen dauernd geheilt blieb. Es ist dies umso bedauerlicher, als bei der Operation in sorgfältiger Weise alles Kranke (nach Resektion der Clavicula) entfernt wurde und zum Teil sehr eingreifende Operationen ausgeführt wurden. — (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 36, H. 2.)

Zur operativen Behandlung frischer, subkutaner Patellarfrakturen durch offene Knochennaht. Von Dr. Thienger.

Vf. hat sechs Fälle von Patellarfrakturen beobachtet, die mittels primärer Knochennaht behandelt wurden, und bei welchen die idealste Gebrauchsfähigkeit der Extremität erlangt wurde. Das Verfahren beruht in Bloßlegung des Gelenkes und der Fraktur mittels Längsschnitt; alle losgelösten Knochenfragmente werden entfernt. Der Bluterguß, welcher die Annäherung der Fragmente hindern könnte, wird entleert und zum Schlusse die beiden Fragmente mittels Silbernähten aneinander gebracht. Die Bohrlöcher müssen bis in die Nähe des Gelenkknorpels gehen, dürfen aber in das Gelenk selbst nicht hineinreichen, weil die Funktion des Gelenkes darunter leiden würde.

Nach der Operation folgt Fixation des Gelenkes in einem Gipsverband, wobei es aber von der größten Wichtigkeit für die Wiedererlangung der vollständigen Funktion ist, noch zur Zeit der Fixation des Gelenkes mit der Massage der Streckmuskulatur anzufangen und die ganze Nachbehandlung sorgfältig durchzuführen. Dieser Sorgfalt ist das gute Resultat, das Vf. erzielte, zu verdanken. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 36, H. 3.)

Ueber die Behandlung der Varicen der unteren Extremitäten durch Ausschälung nach Madelung. Von Dr. Felix Fränkel.

Für schwere Fälle von Varikositäten an den unteren Extremitäten kommen in der antiseptischen Aera zwei operative Verfahren in Betracht, nämlich die Resektion der Vena saphena nach Trendelenburg und die radikale Entfernung des ganzen pathologisch veränderten Venengeflechtes mit Exzision der Vena saphena am Oberschenkel bis dicht unterhalb der Fossa ovalis nach Madelung. Da Vf. bei der Resektion der Vene Wiederkehr der Beschwerden beobachtet hat, entschließt er sich jetzt, in schweren Fällen, wenn es die äußeren Verhältnisse nur gestatten, zur Operation nach Madelung. Als Kontraindikationen gelten hohes Alter oder schlechter Allgemeinzustand, weil die Operation in Narkose

ausgeführt werden muß; weiters ist vor der Operation der Patient auf die lange Heilungsdauer aufmerksam zu machen (zirka zwölf Wochen), da in den Klassen, in welchen Varices häufig vorkommen, nicht selten keine Zeit für so ein langes Krankenlager da ist.

Die Operation wird mit einer Freilegung und Durchtrennung der Vena saphena (nach doppelter Unterbindung) knapp vor dem Eintritt in die Fossa ovalis begonnen. Um das Venengeflecht deutlicher sichtbar zu machen, wird am Oberschenkel ein Konstriktions-schlauch leicht angelegt. Die Vene wird dann mit raschen Messerzügen mitsamt den Verzweigungen herauspräpariert oder herausgerissen; beim Herauspräparieren muß darauf geachtet werden, daß die Haut nicht allzuviel unterminiert wird, da es sonst bei der schlechten Ernährung der Haut des Unterschenkels leicht zu ausgedehnten Nekrosen kommen könnte. Es sollen daher lieber mehr Schnitte angelegt werden, da, wie bei der Nachuntersuchung konstatiert werden konnte, die Narben verschieblich und nicht schmerzhaft waren und bei der Arbeit nicht gestört haben. Am Unterschenkel müssen auch die tieferen Venen mitentfernt werden. Vorhandene große und verunreinigte Geschwüre verhindern die Operation nicht, sondern schieben sie nur für einige Tage auf; wenn auf Burorumschläge nach 3—4 Tagen das Geschwür sich gereinigt hat, kann zur Operation geschritten werden.

An der chirurgischen Abteilung des Nürnberger Allgemeinen Krankenhauses wurden nach der Madelung'schen Methode 35 Fälle operiert. In den weitaus meisten Fällen wurde eine Heilung per primam erzielt und schon während der Spitalsbehandlung ein Aufhören oder eine Besserung der Beschwerden oder der Folgeerscheinungen konstatiert. Bei einer Nachuntersuchung (drei Jahre nach der Operation) konnten 21 Fälle verwertet werden, davon war in drei Fällen keine Besserung der Beschwerden zu finden, in zwei Fällen wurde ein teilweiser Erfolg und in 16 Fällen ein „voller Erfolg“ verzeichnet. Die vorhanden gewesenen Ulcerationen und Ekzeme sind nicht wiedergekehrt und die Patienten haben in allen diesen Fällen ihre volle Arbeitsfähigkeit erzielt. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 36, H. 3.)

Kasuistischer Beitrag für Radialislähmung nach Oberarmfraktur. Von G. Reisinger.

Vf. teilt zwei interessante Fälle mit, die auf der chirurgischen Abteilung des Nürnberger Krankenhauses beobachtet und operiert

wurden. Im ersten Falle handelte es sich um eine Radialislähmung durch Einbettung in Schwielen, die anlässlich einer Oberarmfraktur primär um den Nerven entstanden sind. Im zweiten Falle war die Lähmung durch innige Verwachsung des Nerven mit dem im Ueber-schuß gebildeten Knochenkallus verursacht. Die Operation bestand in Loslösung des Nerven aus der komprimierenden Umgebung (Neurolysis), im zweiten Fall war die Verwachsung eine so innige, daß der Nerv vom Kallus nur unter Mitnahme eines Knochenstückes entfernt werden konnte; dieses wurde nachträglich losgelöst. Um ein neuerliches Verwachsen des Nerven mit der Schwielle zu verhindern, wurde der Nerv in eine Muskelfurche eingebettet, die im Musculus triceps resp. brachialis int. gebildet wurde. Dieses Verfahren hat sich vorzüglich bewährt, sogar als einmal eine Infektion und Eiterung eintrat; trotz der profusen Eiterung kam es zu keiner neuen Schwielenbildung und zu keinem Rezidiv.

In frischen Fällen erlangt man die Wiederherstellung der Funktion sehr bald, es ist aber nicht auf Erfolg zu rechnen, wenn seit der Verletzung längere Zeit verstrichen ist. Busch berichtet über einen Fall, bei dem 16 Monate nach der Verletzung durch die Neurolysis die volle Funktionsfähigkeit des Armes erreicht wurde. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 36, H. 3.)

Ueber die unblutig operative Epiphyseolyse für Behandlung des Genu valgum adolescentium. Von Dr. Max Reiner.

Die Untersuchungen der letzten Jahre haben ergeben, daß die große Angst vor der Verkürzung der Extremität nach Verletzung des Epiphysenknorpels nicht berechtigt ist, denn nur bei Bestehenbleiben einer Dislokation kann eine Wachstumsstörung eintreten. Es entfällt daher der größte Einwand, der gegen die Behandlung des Genu valgum mit Epiphyseolyse erhoben wurde, außerdem vermindert das vom Vf. eingeschlagene Verfahren auch die anderen Gefahren der Methode, wie die Möglichkeit der intraartikulären Verletzung, Ungenauigkeit der Lokalisation der Kontinuitätsstörung, so daß das Verfahren der Epiphyseolyse sich als das einfachste Verfahren darstellt. Die Vorteile gegenüber anderen Methoden sind: daß die Deformität am Kulminationspunkte angegriffen wird, daher die funktionelle Verkürzung durch Achsenknickung auf das geringste Maß reduziert wird; die Epiphyseolyse ist schonender und einfacher als die Osteoklase, weil sie die Extremität am Locus minimae resistentiae angreift; sie ist das kürzere Verfahren, als das intraartikuläre Redressement, weil sie keiner

längeren Nachbehandlung bedarf; endlich birgt sie gar keine Gefahr für die Weiterentwicklung der Extremität. — (Zeitschr. f. orthop. Chir., Bd. 11, H. 2.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Diagnostik des Puerperalfiebers. Von Jung.

Vf. verfolgt mit seiner Publikation den Zweck, an der Hand geeigneter Kasuistik zu zeigen, daß Verwechslungen mit anderen fieberhaften Erkrankungen leicht möglich sind, und man besonders bei Abgabe gerichtlicher Gutachten dieses Moment im Auge zu behalten habe. Zwei Fälle aus der Greifswalder Klinik sind ein schlagendes Beispiel dafür, wie besonders Typhus einen Puerperalprozeß vorzutäuschen imstande ist, wenn die typischen Zeichen des Typhus, wie Milztumor, Roscola und Erbsenbreistühle fehlen, dagegen alle Symptome der puerperalen Sepsis vorhanden sind und auch eine Kolpitis und Endometritis ulcerosa diphtheritica nachgewiesen werden konnte. Erst bei der Autopsie entdeckte man den Typhus, und in dem grünlichen Belage des Endometriums und der Scheide konnten Typhusbazillen massenhaft nachgewiesen werden. In einem anderen Falle handelte es sich um einen mit Temperatursteigerung einhergehenden Abortus, bei welchem allerdings von Seite des Genitaltraktes keinerlei Erscheinungen nachzuweisen waren. Durch das Auftreten von Darmblutungen wurde man aufmerksam gemacht und der positive Ausfall der Widal'schen Probe machte die Diagnose sicher. Vf. empfiehlt daher, in zweifelhaften Fällen letztere immer anzustellen. — (Samml. klin. Vortr. n. F. Nr. 297, 1902.)

Königstein.

Accouchement forcé wegen anormaler Insertion der Placenta mit Blutung. Von C. Fournier.

Vf. gibt vorerst einen kurzen historischen Ueberblick über diesen geburtshilflichen Eingriff, welcher von Ambroise Pacé angegeben wurde, jedoch wegen der schlechten Resultate, die erzielt wurden, in Mißkredit kam und der Vergessenheit anheimfiel. Vf. betont, daß er dann der erste war, welcher, streng antiseptisch geschult, das Accouchement forcé in seiner ursprünglichen Form, d. i. forcierte Dilatation des Kollum und nacherige Wendung auf den Steiß, wieder zu Ehren brachte. Bei Mehrgebärenden geschieht die Dilatation mit einer Hand (Verfahren von Harris) oder mit

beiden Händen (Verfahren von Bonnaire). Bei Primipar. wird der undurchgängige Cervicalkanal zuerst mit den Hegar'schen Stiften erweitert, dann mit dem Zeigefinger und der Hand. Nach erfolgter Wendung wird die Frucht, Placenta mit Eihäuten extrahiert und zum Schlusse eine intrauterine antiseptische Ausspülung vorgenommen. — (Obstetrique Nr. 6, 1902.) Königstein.

Behandlung der Eklampsie mit Veratrum viride. Von L. Mangiagalli.

Vf. verfügt über 18 Fälle von Eklampsie, in denen er mit Veratrum viride ausgezeichnete Erfolge erzielte. In Anwendung gebracht wurde das Fluidextrakt des Veratrum viride (Präparat dargestellt von Carlo Erba in Mailand). Es wurde in Dosen zu 20 Tropfen verabfolgt und im Bedarfsfalle bis auf 100 Tropfen gegangen. Die Wirkung des Präparates äußert sich in einer konstanten Herabsetzung des Blutdruckes und in Verlangsamung des Pulses. In allen Fällen hörten die eklamptischen Anfälle auf und nur eine Patientin starb neun Tage nach dem letzten Anfalle. Die eine Hälfte der Fälle waren Erstgebärende, die andere Mehrgebärende. Siebenmal trat die Eklampsie intra partum auf, zweimal im Puerperium, neunmal in der Gravidität. In sämtlichen Fällen war Albuminurie vorhanden. — (Ann. di ost. e gin., Juli 1902.)

Königstein.

Betrachtungen betreffs der Milchsekretion bei Frauen. Von P. Budin.

Gestützt auf eine große Anzahl von Beobachtungen, empfiehlt Vf. mütterliche und künstliche Ernährung in allen jenen Fällen zu kombinieren, wo sich die Milchsekretion vom Beginne an nicht in ausreichender Menge einstellte. Durch die künstliche Ernährung wird einerseits das für das Kind notwendige Quantum gewissermaßen ergänzt, andererseits durch das fortgesetzte Anlegen des Kindes an die Brust die Tätigkeit der Milchdrüsen angeregt. Je höhere Anforderungen an die Brustdrüsen gestellt werden, desto größer wird auch die ausgeschiedene Milchmenge. Als Beweis hierfür führt Vf. unter anderem einen Fall an, wo eine Mutter seit sieben Tagen das Sauggeschäft sistiert hatte und sogar Abführmittel genommen hatte, um die Milchsekretion rasch und vollständig zum Versiegen zu bringen und wo die Milchsekretion wieder vollkommen in Gang kam, nachdem die Mutter am achten Tage das Stillen wieder aufgenommen hatte, bei gleichzeitiger künstlicher Ernährung des Kindes. Vf. ist der Ansicht, die Flinte nicht allzu früh

ins Korn zu werfen, sondern zu versuchen, die Brustdrüse zur Arbeit anzuregen. — (Obstetrique Nr. 6, 1902.) **Königstein.**

Zur Behandlung des Puerperalfiebers. Von Aufrecht.

Vf. empfiehlt die subkutane Chininanwendung beim Puerperalprozeß, gestützt auf die nahen Beziehungen des Pneumonieerregers zur Entstehung des Puerperalfiebers einerseits und der günstigen Resultate andererseits, welche durch die Anwendung der subkutanen Chinininjektionen bei Pneumonien erzielt wurden. Vf. ist dafür, in allen Fällen, wo die Diagnose Endometritis puerperalis gesichert ist, selbst bei geringem Fieber eine Karbolausspülung des Uterus und eine subkutane Chinininjektion vorzunehmen. Die Karbolausspülungen werden mit einer 2 $\frac{1}{2}$ %igen Lösung gemacht, die eine Temperatur von 28—30° R. haben muß, um Kollapse zu vermeiden, unter Zuhilfenahme eines gläsernen intrauterinen Katheters, welcher der ganzen Länge nach mit einer Rinne versehen ist. Zu den subkutanen Chinininjektionen wird eine wässrige Lösung von Chinin. hydrochloric. 1 : 34 (warme Lösung ohne jeden Zusatz) in Anwendung gebracht und davon 17 g = $\frac{1}{2}$ g Chinin in die Seitenteile des Abdomens injiziert. Vf. hebt noch hervor, daß die Injektionsspritze nicht mit Karbol durchgespritzt werden soll, weil sich sonst Krystallnadeln Phenolchinin. hydrochloric bilden. — (Ther. Monatsh. Nr. 5, 1902.)

Königstein.

Ueber die Kontraktion des Uterus unter Anwendung von *Lamium album* und einigen anderen pharmakologischen Mitteln.
Von J. Kalabin.

Vf. prüfte die Wirkung von *Lamium album* auf die Blutgerinnung, den Blutdruck und Gebärmutterkontraktionen auf experimentellem Wege. Bei intravenöser Injektion von Infusum lamii albi konnte eine Beeinflussung der Blutgerinnung nicht beobachtet werden, dagegen tritt infolge direkter Einwirkung auf das Herz bedeutendes Fallen des Blutdruckes ein, der jedoch bald wieder zur Norm zurückkehrt, um dann wieder den anfänglichen Druck bis auf 6% zu übersteigen. Was die Kontraktion des Uterus betrifft, wurde mittels des Lindemann'schen uterinen Onkographen nach der Injektion ein langsames und allmähliches Zusammenziehen infolge spasmodischer Gefäßverengerung (Hündin) festgestellt. Bei der klinischen Prüfung wurden Blutungen infolge interstitieller Fibrome in der Hälfte der Fälle günstig beeinflusst, ebenso Blutungen infolge entzündlicher Adnexerkrankungen. Bei

beginnendem Abortus Hämoptöe und hämorrhoidalen Blutungen wurden ebenfalls günstige Erfolge erzielt. Bei postpuerperalen Blutungen jedoch wirkte Ergotin und Serale besser. Das Mittel wird innerlich verabreicht in Form von Tropfen und zwar 40 Tropfen von Tct. lamii alb. zweistündlich bis zum Aufhören der Blutung. Bei beginnendem Abortus zwei- bis viermal täglich 25 Tropfen. — (Physiologiste russe Vol. II., Nr. 26—30.)

Königstein.

Ein Fall von vaginaler Hysterektomie wegen puerperaler Septikämie. Von Mariani.

Vf. berichtet über einen Fall, wo er wegen Endometritis puerperalis zuerst mit intrauterinen Ausspülungen vorging, ohne jedoch einen Erfolg zu erreichen. Dann kuretettierte er, worauf sich eine Parametritis entwickelte. Nun wurde das hintere Scheidengewölbe breit geöffnet, worauf sich etwas Eiter entleerte. Es trat wohl auf diesen operativen Eingriff eine Besserung ein, jedoch nur ganz vorübergehend. Dagegen stellten sich bald darauf die Symptome einer eitrigen Bauchfellentzündung ein, so starke Schmerzen im Abdomen, Meteorismus, Temperaturerhöhung und kleiner frequenter Puls. 48 Tage nach der Geburt nahm der Vf. die vaginale Hysterektomie vor, um einerseits den Infektionsherd zu beseitigen, anderseits die Peritonealhöhle ausgiebig zu drainieren, wobei sich ein geringes Quantum Eiter entleerte. Die Patientin wurde wieder vollständig hergestellt. — (Journal d'accouchements Nr. 6, 1902.)

Königstein.

Behandlung des Endometriums mit interuterinen Infektionen. Von J. Bársony.

Vf. hält die Operation von kleinen subserösen und interstitiellen Fibromen des Uterus nach seinen Erfahrungen für unberechtigt, da sie zumeist langsam an Größe zunehmen, keine Schmerzen verursachen und bei jungen Frauen gewöhnlich auch keine schweren Blutungen verursachen. Kommt es während des Klimakteriums zu größeren Blutungen, dann ist ein Zuwarten erst recht am Platze. Vf. empfiehlt die intrauterine Injektion von Tct. jodi, weil dadurch das Endometrium gleichmäßig zerstört wird und auf diese Weise durch Beeinträchtigung der Ernährung der Fibrome eine Verkleinerung der Geschwülste erreicht wird und die Blutungen zessieren. Auch bei den verschiedenen Erkrankungen des Endometriums zieht Vf. diese Behandlungsmethode anderen (z. B. Vaporisation) vor, weil bei derselben das Endometrium

überall und gleichmäßig in den Bereich der Therapie gezogen wird und die Zerstörung der Schleimhaut nicht durch tiefgreifende Eingriffe (wie z. B. bei der Vaporisation), sondern gradatim erreicht wird. Vf. berichtet über drei Fälle, in welchen er bei schweren klimakterischen Blutungen infolge von Fibromen systematisch Injektion mit konzentrierter Tet. jodi vornahm und gute Erfolge erzielte. Letzterer Umstand veranlaßte den Vf., die Injektionen auch bei Endometr. gonorrhoeic. in Anwendung zu ziehen. Er benützt hiebei, um die Schleimhaut junger Frauen nicht ganz zu zerstören, eine verdünnte Lösung und verabreicht eine Injektion jeden siebenten, fünften, höchstens vierten Tag. Die Injektionen müssen natürlich unter allen Kautelen ausgeführt werden. Folgeerkrankungen (Entzündungen) traten niemals auf. Katarrhe heilten auffallend rasch. Gonorrhöe in mehreren Wochen bis Monaten. — (Orvosi hetilap Nr. 5, 1902.)

Königstein.

Ein Fall von supravaginaler abdominaler Hysterektomie wegen puerperaler Infektion. Von Picqué.

Vf. machte am sechsten Wochenbettstage wegen puerperaler Septikämie bei einer 26jährigen Frau obigen operativen Eingriff. Nach Eröffnung des Abdomens zeigte sich der Uterus in seinen Wandungen weich und schwammig. Letztere enthielten zahlreiche Eiterherde, welche mit einem großen Abszesse im linken Ligamentum latum in Verbindung standen. Vf. drainierte, nachdem er den Uterus supravaginal amputiert hatte, nach der Vagina und Abdominalwunde hin. Die Patientin wurde wieder gesund. — (Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg. Nr. 13, 1902.)

Königstein.

Augenheilkunde.

Ueber Lokalanästhesie mit Aethylchlorid. Von Dr. Wagenmann.

W. hat zuerst an Tieren versucht, ob das Aethylchlorid, wenn es in den Bindehautsack gelangt, Schaden anrichtet und gefunden, daß es ganz gefahrlos ist, wenn gelegentlich einmal ein wenig Aethylchlorid in den Bindehautsack gelangt, daß aber Hornhauttrübung auftritt, wenn man größere Mengen des Mittels in den Bindehautsack bringt oder dasselbe über die Hornhaut rieseln läßt, so daß eine nennenswerte Temperaturherabsetzung eintritt. Er verwendet das Mittel seit längerer Zeit mit gutem Erfolg bei Ope-

rationen an den Lidern und am Tränensack, namentlich unter Gebrauch eines von ihm und Hertel konstruierten eigenen Apparates, mit welchem das Aufspritzen des Mittels sehr genau lokalisiert werden kann. Zum Schutz des Bulbus legt er eine Hartgummiplatte in den Bindehautsack und schützt die Lidspalte außerdem noch mit Tupfern. — (Die Ophthalmolog. Klinik Nr. 15 u. 16, 1902.)
Dr. J ä n n e r.

Das Hyperjodöl in der ophthalmologischen Therapie (Jodipin Lipjodol). Von Dr. E. Bettencontre.

Das Hyperjodöl ist eine feste Verbindung von Jod mit öligen Fettsäuren, in denen das Jod vollständig aufgelöst ist; es verbindet mit allen therapeutischen Vorzügen des Jod die Eigenschaft, daß es nicht seine Aetz- und Giftwirkung hat, ferner nicht den Geruch und die Farbe; es ist farblos, von fadem, leicht öligem Geschmack und wird per os und subkutan gleich gut vertragen; es kann selbst in großen Dosen subkutan injiziert werden, ohne Schmerz, Gefahr oder Jodismus hervorzurufen. Das Hyperjodöl hat 10, resp. 25, das Lipjodol 40% Jod. Die Resorption der beiden Präparate geht außerordentlich schnell vor sich, nach 20 Minuten ist Jod in unorganischer Form im Urin nachzuweisen und unterscheiden sich die Präparate von den Jodalkalien durch die langsame Ausscheidung; es lagert sich im Zellgewebe ein Vorrat ab, den der Organismus fortgesetzt in nachhaltiger Weise ausnützen kann. Die Ausscheidung findet durch den Darmkanal, die Speicheldrüsen und die Nieren statt, ohne jedoch letztere zu reizen; die Darmperistaltik ist manchmal erhöht und kommt es zu leichten Diarrhöen. Das Hyperjodöl kann rein, in Emulsion oder in irgend einer anderen Form aufgenommen werden, am besten wohl mit Menthol. Bei der subkutanen Injektion von Jodipin und Lipjodol findet auf dem Wege der Osmose durch die Gefäßwände eine langsame und vollständige Resorption statt, das freigewordene Jod kommt in die Blutbahn.

In der Augenheilkunde hat nun der Autor Jodipin und Lipjodol angewendet:

a) bei Keratitis interstitialis seu parenchymatosa von acht in 6 Monaten behandelten diesbezüglichen Fällen waren sechs sicher hereditär syphilitisch und kam es durch die Behandlung zu einer auffallenden lokalen und allgemeinen Veränderung; die Hornhaut klärte sich außerordentlich schnell auf, die Schscharfe besserte sich

und der allgemeine Ernährungszustand besserte sich zusehends und rascher als bei der bisherigen Behandlungsmethode;

b) bei 38 skrophulösen Kindern wurden wegen bestehender Keratitis Blepharitis Injektionen mit 1—5 g Jodipin resp. Lipjodol mit sehr gutem Erfolg und ohne irgend eine Unzutraglichkeit genannt; bestehende impetiginöse Eruptionen im Gesicht, an Nase und Lippen verschwanden ungewöhnlich schnell, die Cervikaldrüsen wurden kleiner;

c) bei aetiologisch zweifelhaften Iritiden, Descemetitiden wirkte die subkutane und subkonjunktivale Applikation von Lipjodol sehr gut;

d) bei tabetischen Ophthalmoplegien Erfolg fraglich, jedoch Zunahme des Körpergewichtes, ebenso bei

e) Atrophia nervi optici mit und ohne Tabes;

f) bei diabetischer Atrophie Besserung;

g) bei Glaskörpertrübungen war bald Erfolg, bald auch keiner.

Auf Grund dieser und bei Allgemeinerkrankungen mit den Präparaten gemachten Versuche meint der Autor, daß die beiden Mittel berufen sind, in der ophthalmologischen und in der allgemeinen Praxis hervorragende Dienste zu leisten. — (Die Ophthalm. Klinik Nr. 21, 1902.)

Dr. J ä n n e r.

Kollyrien in Oellösung. Von Dr. Albert Terson.

Von den Fällen abgesehen, da man Oele als „Augenfeinde“ verboten hat, weil sie eine Entzündung hervorrufen könnten, sei zunächst betont, daß Nußöl, Lebertran, Terpentinöl und Jodöl bei Hornhautflecken vielfach verwendet worden sind. In einer Arbeit vom Jahre 1850 legt Deval besonderes Gewicht auf die Brauchbarkeit der öligen Lösung von Bleiacetat und meint, daß das Olivenöl stärkere Lösungen zuläßt, als das Wasser und daß diese Lösung kein Brennen verursacht, keine unangenehmen Gefühle, ihre Applikation ist frei von Schmerzen und stiften sie fast niemals eine entzündliche Reaktion an. Später haben Lloyd, Owen, Green das Atropin, Andrews, Bignon das Kokaïn und zuletzt Panas und Serini auch das Eserin in Oellösung versucht und empfohlen. Die Erfahrungen d. Vfs. gehen nun dahin, daß die 1%ige Eserinöllösung ganz ausgezeichnet ist, viel besser und kräftiger wirkt als die gleichprozentige wässrige Lösung. Wenn diese Lösung mit der nötigen Vorsicht zubereitet wird, wenn nicht durch Ueberhitzen reizende Substanzen entstehen, hat die Lösung in Ol. Archidiv. hypog. (Pistazienöl) oder Ol. Olivar. trotz ihrer Stärke den wich-

tigen Vorzug, daß sie ausgezeichnet vertragen wird. Dabei ist die Lösung aseptisch und fast unzersetzlich, wenigstens monatelang, was man von der wässerigen Lösung bekanntlich nicht behaupten kann (die wässrige Lösung wird ja bald zersetzt und rot!). Die ölige 1%ige Atropinlösung gibt gute Resultate: sie bleibt rein, wird gut vertragen und scheint weniger zur Atropinconjunctivitis zu führen, jedoch scheint sie der wässerigen Lösung in gleicher Stärke nicht überlegen zu sein. Die ölige Lösung von Kokaïn ist wohl bei Verbrennungen, Schnittwunden, Erosionen angezeigt, wo es von Wert ist, eine fettige aseptische Lösung zu verwenden; dagegen ist die ölige Lösung bei operativen Eingriffen direkt unbrauchbar; die Lider werden schlüpfzig, es entsteht eine Emulsion mit dem zur Reinigung des Operationsfeldes gebrauchten Wasser, mit den Thränen, mit dem Blut. Dagegen betont Bignon die außerordentlich anästhesierende Wirkung einer 2%igen Kokaïnlösung in Vaselineöl. Auch die Kokaïnöllösung zeigt sich steril aseptisch. Oellösungen von Tropicokaïn, Dionin, Cupr. sulf. etc. stehen wegen ihrer geringer Löslichkeitwerte der wässerigen Lösung nach.

Die öligen Kollyrien werden wegen ihrer ausgesprochenen Sterilität in der Therapie festen Fuß fassen: sie repräsentieren ein ausgezeichnetes Hilfsmittel und ist die ölige Eserinlösung ein geradezu neues Mittel, welches die unerquicklichen Eigenschaften (Veränderlichkeit, Verursachen von Schmerzen) der wässerigen Lösung nicht besitzt und das in vielen Fällen durch nichts anderes ersetzt werden kann. — (Die Ophthalm. Klinik Nr. 22, 1902.)

Dr. J ä n n e r.

Laryngologie und Rhinologie.

Zur Blutstillung nach Tonsillotomie. Von Dr. Heermann.

H. berichtet über eine Methode zur Stillung schwerer Blutung nach Tonsillotomie, welche in Vernähung der beiden Gaumenbogen besteht. Mit einer Bergmann'schen Nadel zieht man einen starken Seidenfaden möglichst tief durch den hinteren Gaumenbogen, dann ebenso durch den vorderen. Die Fadenenden werden außerhalb des Mundes geknotet und in der Weise zugezogen, daß das eine Ende des Fadens mit einer Zange hinten im Pharynx festgehalten und das andere Ende vorn kräftig angezogen wird. Etwa $\frac{3}{4}$ cm tiefer wird eine zweite solche Naht angelegt.

Diese Methode wird im Kölner Bürgerhospital seit 20 Jahren

geübt, ist aber wenig verbreitet, nach der Vermutung von H. deshalb, weil das Erfassen der Nadel mit den gebräuchlichen Nadelhaltern bei den ungünstigen lokalen Verhältnissen sehr schwierig ist. H. bedient sich dazu der Heymann'schen Löffelzange, mit der es sehr leicht geht. Die Nähte werden nach vier Tagen entfernt. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 12, H. 3, 1902.) Weil.

Ein Kehlkopfpulverbläser. Von Dr. S. Spiegel.

Der bekannte Rauchfuss'sche Kehlkopfpulverbläser, bestehend aus einem Gummiballon und einem Ansatzrohr, ist trotz seiner bekannten Mängel der verbreitetste, weil er der einfachste ist; die verschiedenen Ersatzkonstruktionen (Mundblasrohr, Fußblasebalg, Doppelgebläse mit Quetschhahn) vermochten ihn nicht zu verdrängen. Doch selbst der Geübte vermag mit ihm nicht immer genau zu lokalisieren, weil beim Zusammendrücken des Gummiballons immer eine Abweichung des Rohrendes erfolgt; auch die Verunreinigung des Rohrendes durch aspirierten Speichel und die des Ballons durch angesaugte Pulverreste lassen sich trotz aller Vorsicht und Uebung oft nicht vermeiden.

Sp. hat nun nach dem Prinzipie seiner bekannten selbstwirkenden Injektionsspritze (für Schleich'sche Anästhesie) einen Kehlkopfpulverbläser konstruiert, welcher alle diese Uebelstände vollkommen vermeidet. Er besteht im wesentlichen aus einer Metallhülse und einem Kolben, der in dieser durch eine Spiralfeder nach oben gedrückt wird. Wird der Kolben ganz herabgezogen, so wird er durch eine einschnappende Sperrklinke festgehalten. Dann wird das Ansatzrohr, mit dem Pulver beschickt, an die am oberen Ende seitlich angebrachte Auslaufhülse gesteckt, das ganze in die volle rechte Hand genommen und nach erfolgter Einstellung im Munde der lange Hebel der Sperrklinke mit dem rechten Daumen leicht niedergedrückt. Jetzt wird der Kolben frei und durch die Feder heftig nach oben geschmellt, wobei der komprimierte Luftinhalt der Spritze das Pulver austreibt. Die in der Ambulanz des Referenten vorgenommenen Versuche zeigten alle Vorzüge dieses Instruments: die Möglichkeit genauer Lokalisation, größte Reinlichkeit, Sterilisierbarkeit und unbegrenzte Dauerhaftigkeit. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 13, H. 3, 1903.) Weil.

Die perorale Intubation. Von Dr. F. Kuhn.

Seit Jahren wurden vielfach Versuche gemacht, die Passage durch die verengten Luftwege mit längeren, aus dem Munde herausführenden Röhren herzustellen. Am bekanntesten sind die Schröt-

ter'schen Hartgummibougies; auch wurde versucht, an die O'Dwyer'schen Tuben Drainröhren anzusetzen. K. schlägt nach langen, mühevollen Versuchen vor, solche Röhren aus biegsamen Metallschläuchen zu verwenden, welche in der bekannten Art aus einem Metallbande von S-förmigem Querschnitt, jedoch ohne Gummieinlage hergestellt werden, da eine absolute Luftdichtigkeit des Rohres hier überflüssig ist. Diese Röhren reichen vom Munde bis in die Trachea, sind sehr einfach, nicht komprimierbar und gestatten eine leichte Reinigung des Innern von Schleim und Membranen mittels Metallmandrins, wobei die leicht hervortretenden spiraligen Riffe kein Hindernis bilden. K. bezeichnet sein Verfahren als ein Mittelding zwischen Tubage und Katheterismus des Larynx und nennt es perorale Intubation. — (Fortschr. d. Medizin, Nr. 4, 1902.) Weil.

Ersatz der Anwärmung des Kehlkopfspiegels. Von Dr. C. Kassel.

K. empfiehlt eine, wie es scheint, neue und ganz einfache Methode, nämlich das Eintauchen in gewöhnliches kaltes Leitungswasser. Taucht man den Spiegel in solches, so bemerkt man an der glatten Glasfläche größere Tropfen, welche schon bei leichtem Schwenken des Spiegels abfallen. Zerdrückt man aber die Tropfen auf der Glasfläche und verreibt sie ein wenig mit dem Finger (oder in appetitlicher Weise mit Watte), so ist die zur Spiegelung erforderliche Adhäsion zwischen Wasser und Glas hergestellt. Zeigt die jetzt gebildete dünne Wasserschicht Unregelmäßigkeiten, so genügt es, den Spiegel noch einmal kurz unter Wasser zu bringen und dann abzuschwenken. Die metallene Rückseite kann getrocknet werden. Daß diese Methode eine rein mechanische ist und die Adhäsion nicht etwa durch die an der Haut stets haftenden Seifenspuren etc. hergestellt wird, wird dadurch bewiesen, daß beim Verreiben mit Watte der Effekt der gleiche ist. (Das möchte man in der Tat das Ei des Kolumbus nennen! Ref.) — Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 13, II. 3, 1903.) Weil.

Ein kleiner Eingriff gegen erschwerte Nasenatmung. Von Dr. A. Dobisch.

D. meint hier das Ansaugen der Nasenflügel; in hochgradigen Fällen legen sich bei etwas rascherer Einatmung die Nasenflügel vollkommen an die Nasenscheidewand an. Wenn man aber die Nasenspitze herabdrückt, krümmen sich die Nasenflügel und bilden jederseits einen steileren Bogen nach außen, wodurch kein voll-

kommenes Ansaugen mehr zustande kommen kann. Auf Grund dieser Beobachtung operierte D. in der Art, daß er aus dem häufigen Septum ein Dreieck mit 1 cm langer Basis ausschnitt, dessen Spitze bis ans knorpelige Septum reichte. Exakte Naht mit fünf Fäden; Heilung nach fünf Tagen. Von den Nähten ist außen nichts zu sehen. Die Atmung ist jetzt vollkommen frei, auch bei raschem, kräftigen Einatmen findet kein Ansaugen mehr statt; der Erfolg ist bleibend. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 47, 1901.)

Weil.

Ueber Angina diphtheroides. Von Dr. Graupner.

G. teilt seine Beobachtungen in mehreren Fällen von Vincent'scher Angina mit. Diese tritt in zwei Formen auf. Beide beginnen mit der Bildung zusammenhängender Pseudomembranen auf den Tonsillen, zuweilen mit Uebergreifen auf den weichen Gaumen, Schwellung der Submaxillardrüsen und mäßigem Fieber (nicht über 39°). Die Membran stößt sich selten ohne Hinterlassung tieferer Läsionen ab; meistens bildet sich eine tiefgreifende Ulceration mit Nekrose der Schleimhaut, welche sehr langsam heilt, zuweilen erst nach drei Monaten. Bei beiden Formen findet man einen langen, an beiden Enden zugespitzten Bazillus (*B. fusiformis*), bei der membranösen Form allein, bei der ulcerösen in Gesellschaft großer Spirillen, die sich meist sehr lebhaft bewegen; diese gehören zu denen, die man häufig in der Mundhöhle und in kariösen Zähnen antrifft, sie sind selbst nicht pathogen, steigern aber die Virulenz des *B. fusiformis*. Die Spirille färbt sich am besten mit wässriger Gentianaviolettlösung, der *B. fusiformis* mit verdünntem Karbolfuchsin; hierbei erkennt man fast stets in der Mitte der Spindel einen hellen Raum, so daß diese aus zwei mit der Basis einander zugewendeten Pyramiden zu bestehen scheint. Die Kultur dieser beiden Mikroorganismen ist bisher nicht gelungen; auch Tierversuche hatten keine besonderen Ergebnisse. — Münch. med. Wochenschr. Nr. 17, 1902.)

Weil.

Urologie.

Die Kathetersterilisation. Von Dr. Goldberg.

Um aus Experimenten bindende Schlüsse ziehen zu können, ist es nach G. erforderlich, die Infizierung des Katheters so vorzunehmen, daß eine innige und reichliche Durchseuchung an allen

Stellen gewährleistet ist; am besten ist es, die Katheter in wachsende Kulturen längere Zeit einzulegen; bloßes Eintauchen ist unzulässig. Bleibt ein Nährboden nach bloßem Eintauchen eines Katheters steril, so beweist das nicht, daß der Katheter steril war; desgleichen läßt sich aus der Sterilität eines Stückchens nicht auf die Keimfreiheit des ganzen Instruments schließen. Durch flüssige Antiseptica lassen sich Katheter nicht in der Zeit sterilisieren, welche sie darin zubringen können, um unbrauchbar zu werden. Weite Katheter lassen sich durch 24stündige Einwirkung von Formaldehyddämpfen bei 17° sterilisieren. Durch strömenden Wasserdampf von 100° sind Katheter jeder Art sicher zu sterilisieren. Spezialapparate sind entbehrlich; es ist zuverlässiger, die Katheter in den Dampfraum frei einzulängen, statt sie in besonderen Katheterröhren unterzubringen. Am einfachsten erreicht man sichere Sterilisation durch Auskochen in Wasser während 5 bis 10 Minuten in überkatheterlangem Gefäß; gebrauchte Katheter sind unmittelbar nach dem Gebrauch mit heissem Seifenwasser innen und außen sorgfältig zu reinigen. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorg., Bd. 13, H. 7.)

Ist die Gefrierpunktbestimmung des Blutes ein ausschlaggebendes Hilfsmittel für die Nierenchirurgie? Von Dr. F. Stockmann.

Vf. berichtet über einen 48jährigen Patienten, der vor 1½ Jahren durch Sturz vom Wagen einen Unfall erlitt und sein Leiden auf diesen Umstand zurückführt. Die damals sofort aufgetretenen Beschwerden äußerten sich in vermehrtem Harndrang mit Blutabgang, dem sich später Eiter hinzugesellte. Bei Berührung der rechten Seite und Harnblase, sowie bei Bewegungen, steigerten sich die Schmerzen, ließen in der Ruhelage aber etwas nach. Ein Abgang von Steinchen oder Gries ist niemals bemerkt worden. Befund: Patient abgemagert, krumm gebückt. Urin dicketrig, mit Blut vermengt. Menge zirka 10 cm³. Esbach bei dreifacher Filtration nach 24 Stunden = 5 pr. mm. In der Folge Temp. 38·2 bis 36·2; Aufstoßen, Erbrechen, die Schmerzen in der rechten Nierengegend kaum durch Morphium niederzukämpfen. Das Ergebnis der Cryoskopie lautete = $\delta - 0\cdot556$. Hiemit normal.

Trotz dieses günstigen Befundes konnte sich St. dennoch zur Nephrotomie, respektive Nephrektomie, nicht entschließen. Da aber die Harnbeschwerden stündlich, sozusagen, zunahmen, ein Katheter à demeure aber nicht vertragen wurde, so machte Vf. die

Sectio alta, einerseits um eine Fistel behufs Erleichterung der Beschwerden anzulegen und die Blase auf Steine oder tuberkulöse Geschwüre untersuchen zu können, anderseits zum Zwecke eines späteren retrograden Harnleiterkatheterismus (die Cystoskopie konnte wegen der geringen Kapazität der Blase nicht ausgeführt werden). Die Blase war äußerst klein, sehr geschrumpft, angefüllt mit massigen Wucherungen. Keine Steine. Es wird das Kurettement angeschlossen. Tamponade. Wenige Tage später Exitus letalis. Die Sektion ergab: links hochgradig tuberkulöse, sehr vergrößerte Niere; gesunde Substanz eigentlich nur im unteren Pol und teilweise in der Rinde. Der untere Pol ragt etwas über die Wirbelsäule nach rechts hinüber. Sehr verdickter, mit Geschwüren besetzter Harnleiter. Keine rechte Niere, kein Harnleiter. Ein deutliches Beispiel, daß die Cyskopie für sich allein kein ausschlaggebendes Kriterium abgeben kann. Die Koranyi'sche Methode gibt eben nur an daß sich der Körper im Gleichgewichte befindet. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorg., Bd. 13, H. 8.)

Dermatologie.

Die Massage im Dienste der Dermatologie. Von Dr. Barocheff.

Die von F i o c c o und L o c a t e l l i des genaueren verfolgte Physiologie der Hautmassage zerfällt, mit Rücksicht auf die anatomische Konfiguration der allgemeinen Decke in mehrere Komponenten. Zunächst wird eine Entlastung der Ausführungsgänge durch das Auspressen des Fettes und der desquamierten Epithelien bewirkt, größere Geschmeidigkeit, bessere Permeabilität und erleichterte Hautatmung bilden hievon den Effekt. Des weiteren wird die lokale Zirkulation durch Hyperämisierung unterstützt und hiedurch der leichteren Resorption der Weg gebahnt. Histologische Untersuchungen haben ergeben, daß die Gewebs-elemente sich reichlicher entwickeln und rascher regenerieren. Karyokinesen sind in der Schleimschicht in großer Zahl anzutreffen. Die Schweißsekretion wird in gleicher Weise angeregt. Eine einfache Effleurage hat auf die Hautendigungen der Nerven einen beruhigenden Einfluß. Schließlich wird durch die Eingriffe die Lymphströmung begünstigt.

Günstige Erfolge sah Vf. von den einzelnen Massagearten (Pettrissage, Ecrasement, Vibration, Tapotement etc.) bei der

Lichénifikation der Haut, bei exfoliativen Dermatitis, Psoriasis, Akne und Prurigo. Die von J a c q u e t gerühmte Wirkung bei Alopecia areata (angeblich eine Erhöhung der Vitalität im atonischen Gewebe) vermag B. aus eigener Erfahrung nicht zu beurteilen. Aber auch die Sklerodermie findet nur eine nominelle Anführung. Der letztgenannte Prozess kann füglich als derjenige hingestellt werden, für welchen die Massage das Heilverfahren par excellence darstellt. So lauten unsere Erfahrungen, welche uns gleichzeitig bestimmen, den mechanischen Eingriffen allen anderen Dermatosen gegenüber nur einen ganz nebensächlichen Hilfswert zuzuerkennen. — (These de Paris 1902.)

N.

Heißluftbehandlung bei Hautkrankheiten. Von Dr. Dauban.

Die unter großem Aufwande physiologischer Kenntnisse in Szene gesetzte Heißluftbehandlung, welche nach einem ephemeren Dasein bereits wieder durch die Heißwassertherapie verdrängt zu werden beginnt, hat auch die Läsionen der Haut in ihren Wirkungskreis einbezogen. Wir haben mehr und minder komplizierte Apparate kennen gelernt und haben die Urteile sanguinischer Anhänger und skeptischer Widersacher der Methode vernommen. Als Resultat all der Kontroversen ist die Erkenntnis hervorgegangen, daß eine Ueberhitzung der humanen Texturen über wenige Zehntelgrade hinaus nicht möglich ist, wie dies ja bei dem wärmeregulierenden Vermögen des Organismus auch gar nicht anders zu erwarten stand. So kann denn auch der Effekt der lokalen Heißluftbäder nie über eine Hyperämisierung des Gewebes und Anregung der Hautsekretion hinausgehen. Alle Vorstellungen von der biologischen Beeinflussung der in den Krankheitsprodukten enthaltenen Mikroben in dem Sinne, daß dieselben bei Einwirkung der hohen Temperaturen zugrunde gehen, sind als naive Phantasien hinzustellen. Zu diesen Anmerkungen haben wir uns genötigt gesehen, um die von der Praxis absorbierten Kollegen vor Enttäuschungen zu schützen, zu welchen ihnen allzu optimistische Therapeuten leicht verhelfen könnten. Die Zahl der letzteren wird um den Autor der obzitierten Arbeit vermehrt. Dauban hatte das Bedürfnis, das Inventar der Heißluftapparate um eine weitere Nummer zu vermehren, reflektiert wie viele andere auf die Wärmeintoleranz gewisser Keimarten, gegenüber der Temperatur von 41, resp. 45 bis 50° und glaubt hiemit einer „rationellen“ Behandlung das

Wort gesprochen zu haben. Unter seinen „Heilerfolgen“ figurieren nicht nur die *Dermatitis herpetiformis* Dühring, die *Dysidrosis palmaris*, das Ekzem, *Psoriasis* und *Prurigo*, sondern auch das *papulo-squamöse Syphilid!* mit einem gewissen Prozentsatz. Aehnliche Aeußerungen belegen am besten, wie weit die, sagen wir — Autosuggestion — gehen kann. — (These de Paris 1902.) N.

Eine eigentümliche mit Hyperhidrosis einhergehende entzündliche Dermatose der Nase jugendlicher Individuen. Von Dr. H. Herrmann.

Vf. beschreibt aus der Breslauer dermatologischen Klinik neun Fälle einer eigenartigen Nasenaffektion. Die Nase ist dabei mehr oder weniger gerötet, mit teils einzelstehenden, teils konfluierten, unscheinbaren miliaren Knötchen, mitunter Bläschen besetzt. Zwischen denselben sind auf ihnen in einzelnen Fällen zahlreiche kleine Schweißtröpfchen. Die Affektion beginnt stets im frühesten Kindesalter bei in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgebliebenen anämischen, schlecht ernährten Kindern; jede Therapie ist machtlos, doch scheint das Leiden später allmählich wieder zu schwinden. Differential diagnostisch kommen in Betracht: *Aene rosacea*, *Lupus vulgaris* und *erythematodes*, *Adenoma sebaceum* und *Naevus*, *Eczema chron.* *Miliaria* und *Dysidrosis*. — Die histologische Untersuchung zweier Fälle ergab lediglich zirkumskripte Zellinfiltrationen in der *Cutis* und Gefäßerweiterung. Mit Schweiß- und Talgdrüsen hat diese Affektion nichts zu tun, wahrscheinlich geht das Infiltrat von der Gefäßwand aus. Eine Erweiterung der Schweißdrüsen, wie bei *Jadassohn*, fand sich nicht, sonst deckt sich die Affektion mit der von *Jadassohn* beschriebenen „*Granulosis rubra nasi*“. — (*Arch. f. Dermatologie u. Syphilis.*) N.

Ueber Granulosis rubra nasi. Von Dr. W. Pick.

Vf. fügt den kürzlich von *Jadassohn* und von *Herrmann* beschriebenen Fällen dieser eigenartigen Nasenerkrankung einen weiteren klinisch und histologisch genau beobachteten typischen Fall hinzu. Er schlägt vor, das konstante, nie fehlende Symptom der in loco gesteigerten Schweißabsonderung mit in die Bezeichnung aufzunehmen und „*hyperidrosi*“ mit Bezug auf die ursächliche Bedeutung der übermäßigen Schweißproduktion oder sonst *cum hyperidrosi* hinzuzufügen.

Den beiden Befunden wäre anzuschließen, daß die Therapie doch nicht so machtlos ist, wenn man, wie wir es tun, in recht hart-

näckigen Fällen von den konservativen Versuchen völlig Umgang nimmt und mit dem scharfen Löffel arbeitet. — (Arch. f. Dermatol. u. Syph., LXII, Nr. 115, 1902.)

Zur Jodbehandlung der Epitheliome. Von Dr. Salmon.

Die Absorption des Jods finden in den Epitheliomen durch zwei Zellgruppen statt: I. Durch Epithelialzellen der peripheren Tumorzonen, die in lebhafter Proliferation begriffen, den Nachweis einer mit Jod färbbaren Substanz gestatten, welche nach Brault mit Glykogen identisch ist. II. Durch polynucleäre Leukocyten der infiltrierten Epithelialschicht, die gleichfalls einen doch Jod tingiblen Stoff enthalten.

Auf das Vorhandensein solcher jodophiler Zellgruppen basiert S. die therapeutische Verwertung der Jodpräparate beim Hautkrebs. In einem Falle eines den Nasenrücken einnehmenden Epithelioms wurde zweimal wöchentlich Jodtinktur aufgespritzt und ein Jodkali-Umschlag aufgelegt. Behandlungsdauer drei Monate. Eine prompte Benarbung der zerfallenen Partien, sowie ein Schwinden der Infiltration waren zu verzeichnen. Gegenüber der Arsen-Applikation nach Cerny-Truncsek ist dieses Verfahren durch gänzliche Schmerzlosigkeit ausgezeichnet, auch habe dasselbe bei seinem antiseptischen Vermögen keine Suppuration und Sekundärinfektion im Gefolge. Angezeigt sei es, die Pinselung bis weit über die Grenzen der Läsion vorzunehmen.

Darier möchte von dem Gebrauch ätzender Jodpräparate abraten, da dieselben häufig eher anregend auf die Proliferation der Epitheliome einwirken, dies habe auch für die gelegentliche innerliche Verabreichung von Jodsalzen Geltung. Brocq möchte in dieser Hinsicht Aristol, Jodoform, Airol ausnehmen. Baudouin hat auch vom Erythrol (ein Doppelsalz von Bismuthjodid und Cinchonidin) nie unangenehme Nebenwirkungen, vielmehr stets nur eine rasche Reinigung und Ueberhäutung exulcerierter Epitheliome gesehen. — (Annales d. Dermatol. et d. Syph. Soc. d. Dermatol. s/I. 1903.)

N.

Lepraheilung mit Chaulmogra-Oel. Von Prof. Hallopeau.

Die Achtung gebietende Objektivität des Beobachters stempelt den mitgeteilten Befund zu einem besonders bemerkenswerten. Eine seit drei Monaten mit dem Oele behandelte Patientin zeigt nach diesem Zeitraum eine vollständige Involution der Lepraknoten, welche sich über das Gesicht, den Stamm und die Arme ausgebreitet hatten. Als einzige Spuren der rückgebildeten

Krankheit sind Narben an den Schultern und Armen zu bemerken, sowie eine leichte Fältelung der atrophischen Haut an einzelnen Stellen. Patientin erhielt 200—300 Tropfen des Oels pro die, ohne von dieser Medikation belästigt zu werden.

Ueber ähnliche Erfahrungen weiß **D a r i e r** zu berichten. Doch sind ihm häufig auch Rezidiven — bei Frauen namentlich zur Zeit der Menses — untergekommen. — (*Annales d. Dermatol. et d. Syph.* Janvier 1903. *Soc. d. Dermatol.* S. 8/L.) N.

Ueber Hautaffektionen nach dem Gebrauch von Aureol. Von **Dr. M. Wolters.**

Das von **P. Richter** (Berlin) als unschädlich empfohlene Haarfärbemittel „Aureol“ provozierte in drei Fällen des Vf. eine heftige Dermatitis. In allen drei Fällen stellte sich nach der vorschriftsmäßigen Anwendung des Präparats, Jucken und Brennen der Kopfhaut mit starker Röte ein, außerdem Bläschen- und Pustelbildung gleichzeitig mit Oedem. Diesem mehr lokalen Prozesse folgte dann ein Erythem des Körpers, das in den beiden ersten Fällen sehr juckte. Hierzu kam noch Entzündung und Schwellung der Rachengebilde. Das Krankheitsbild differiert nur wenig von den in der Literatur niedergelegten Schilderungen über Ausschläge nach Anwendung von Paraphenyldiaminchlorhydrat, das ja im Aureol enthalten ist.

Die angeführte Dermatitis mag wohl nur bei sehr empfindlichen Individuen zustande kommen, da wir uns trotz vielfacher Empfehlung dieses Mittels, niemals von der geschilderten irritierenden Nebenwirkung desselben überzeugen konnten. — (*Dermatol. Zeitschr.* Oktober 1901.) N.

Kinderheilkunde.

Zur Frage der Heilbarkeit der tuberkulösen Meningitis. Von **Dr. Friedr. Mermann.**

Die Angaben über in Heilung übergegangene Fälle von tuberkulöser Meningitis sind kolossal selten. Als sichere diagnostische Kriterien können klinische Symptome nur bedingt gelten. Sichere Klarheit gibt nur die Sektion, wenn aus irgend welcher Ursache früher oder später der Tod erfolgt und die Zeichen überstandener Tuberkulose der Meningitis, bezw. neu aufgeflackter tuberkulöser Meningitis gefunden werden, oder die Lumbalpunktion. — Von

Heilung dürfen wir nur sprechen, wenn es, ähnlich wie an den Lungen und Pleuren, zu Narbenbildung, bezw. zu Bildung von Schwielen und Verdickungen der Hirnhäute kommt und dabei das krank gewesene Individuum lange Zeit keinerlei Störungen des Nervensystems gezeigt hat. Eine längere Beobachtungszeit nach Ablauf der Krankheit ist ein wichtiges Postulat.

Autor beobachtete einen sechsjährigen Knaben, der unter heftigem Erbrechen erkrankt war, Temperatur 37·8, Puls 60. Tags vorher soll der Junge aufs Straßenpflaster niedergestoßen worden sein. Prodrome der Krankheit hatten nicht bestanden. In den nächsten Tagen Temperaturen von zirka 38·7—39·4. Nackenstarre, keine Zeichen lokalisierter motorischer Reizung oder Lähmung, doch kalnförmige Einziehung des Leibes und leichte Kontraktur in den Kniegelenken, Somnolenz, Stirnkopfschmerzen, erhebliche Hyperästhesie des ganzen Körpers. Durch drei Wochen wurde das Kind nur durch Nährklysmen ernährt (Milch, Eier, Rotwein, Fleischsaft und 2 Tropfen Opiumtinktur). Nach fünfwöchentlicher Erkrankung komplizierte sich das Krankheitsbild durch Masern; danach besserte sich der Zustand, der Junge wurde lebhafter, teilnahmvoller, die Nackenstarre ließ nach, die Nahrungsaufnahme per os ausgiebiger, der Junge spielte sitzend, der starke Husten ließ nach und nach dreimonatlichem Krankheitsverlaufe konnte Patient wieder die Schule besuchen.

Im Beginne der Krankheit war eine intrakranielle Hämorrhagie in Erwägung gezogen worden, doch erinnerte das Symptomenbild später zu sehr an eine Meningitis. Lumbalpunktion war nicht gemacht worden.

Da erkrankte Patient vier Monate nach endgiltiger Heilung der ersten Erkrankung neuerdings an Erbrechen, Fieber, Nackenstarre, Somnolenz und den Zeichen einer Lungeninfiltration, irregulärem, beschleunigtem Puls. Bald trat Cheyne-Stockes'sches Athmen und nach zehntägiger Krankheit der Tod ein.

Bei der Sektion fanden sich keine Zeichen einer Verletzung, die Hirnwindungen abgeplattet, an der Basis des Hirnstammes in den leicht verdickten Meningen ein grünliches sulziges Exsudat, an den Gefäßen stellenweise deutliche perivaskuläre tuberkulöse Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung entsprach dem als charakteristisch für tuberkulöse Meningitis angegebenen Befund.

Die Behandlung (Eisblase, Einreiben von grauer Salbe, Mund- und Hautpflege etc.) war wohl unschuldig an dem günstigen

Verlauf der ersten Erkrankung. Was auffallen mußte, war das zeitliche Zusammentreffen der Masereruption mit dem Beginne der Besserung. Es ist nicht ausgeschlossen, daß die mit dem Fieber verbundene aktive Hyperämie, respektive Hyperthermie oder die Maserntoxine einen deletären Einfluß auf das tuberkulöse Virus ausgeübt hätten, während umgekehrt oft die Morbillen tuberkulöse Erkrankung ungünstig beeinflussen. Ob das Trauma die Erkrankung zum Ausbruche gebracht hat, ist ungewiß.

Die Beobachtung ist geeignet, darauf aufmerksam zu machen, daß 1. tatsächlich „Heilungen“ von mehrmonatlicher Dauer vorkommen können, während welcher die Genesenen nervengesund sind, und daß 2. eine Neigung zum Rezidivieren zurückbleibt, welche die Bezeichnung einer „Scheinheilung“ rechtfertigen könnte. — (Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd. 34.)

Naht des Plexus brachialis bei Geburtslähmungen der oberen Extremität. Von Robert Kennedy.

Die Geburtslähmung der oberen Extremität ist auf ein Trauma des oberen Plexus brachialis zurückzuführen. In einigen Fällen handelte es sich um Kopflage; nach der Geburt des Kopfes hackte der Geburtshelfer seinen Finger in die Axilla des Kindes und übte einen starken Zug aus. Das anderemal handelte es sich um eine Wendung, und behufs Entfernung des über den Kopf geschlagenen Armes mußte übermäßige Kraft angewendet werden. Oder der Kopf wurde bei der Geburt überrotiert. Es kommt zur Ueberdehnung der Nerven, die zur Ruptur von Nervenfasern oder zur vollständigen Ruptur der Nervenstämmе führt. Das Hauptmoment hierbei ist die forcierte Depression der Schulter bei Neigung und Rotation des Kopfes nach der entgegengesetzten Seite.

Die klinischen Erscheinungen der Geburtslähmung sind mangelnde aktive Bewegung des herabhängenden Armes; dieser kann infolge Lähmung des Deltoïdes und Supraspinatus nicht abduziert werden; eine Beugung des Vorderarmes wird durch Lähmung des Biceps, Brachialis int. und Supinator longus unmöglich gemacht. Der Vorderarm ist gewöhnlich in extremer Pronation infolge der häufigen Beteiligung des Supinator brevis und der ganze Arm in Einwärtsrotation. (Lähmung des Infraspinatus und Teres minor.) Obwohl man nach Analogie mit der Erb'schen Lähmung Erwachsener Sensibilitätsstörungen vermuten sollte, wurden diese bisher bei Geburtslähmungen der Neugeborenen nicht gefunden.

Massage und elektrische Behandlung haben bisher als wirk-

sam geglolten. In manchen Fällen stellte sich tatsächlich unter diesen Behandlungsmethoden Heilung ein, doch ist es mehr als wahrscheinlich, daß solche Fälle, sich selbst überlassen, ebenfalls in Heilung übergegangen wären. Fälle, in denen es sich um Ueberstreckung der Nerven mit oder ohne Riß weniger Nervenfasern handelt, heilen gewiß anstandslos aus. Wenn die Nervenstämme ganz durchgerissen sind, ist Heilung noch möglich, kann aber auch ausbleiben oder unvollständig sein. Ausschlaggebend ist oft, ob sich in der Nähe des Risses im Gewebe Narben nach Verletzung desselben bilden, welche die Heilung des Nerven hemmen; so findet sich oft Torticollis infolge Risses des Sternocleidomastoideus.

Solche Erwägungen waren maßgebend, um die Operation der unter normaler Haut bestehenden Läsion in manchen Fällen durchzuführen. Die Möglichkeit einer spontanen Heilung zwingt, erst eine zeitlang zu warten, ob die wieder erscheinende normale elektrische Reaktion nicht die Spontanheilung andeute; wenn dies nicht der Fall ist, soll die operative Behandlung nicht aufgeschoben werden. Als Frist gibt K. zwei Monate nach der Geburt an. Wenn innerhalb zweier Monate sich gute Kontraktion des Muskel auf faradischen Strom einstellt, ist der Fall weiter exspektativ zu behandeln, und wenn nach einem weiteren Monat alle betroffenen Muskeln gut reagieren, dann ist Spontanheilung anzunehmen. Versagt die faradische Reizung der Muskel und sprechen sie auf den galvanischen Strom an, so ist es sicherer, die Operation nicht weiter aufzuschieben.

Nach einer kurzen Uebersicht über die vorliegende einschlägige Kasuistik beschreibt Autor die Technik des operativen Verfahrens und empfiehlt besonders bei bindegewebiger Vereinigung der Nervenstümpfe die Exzision der Narbe. Es werden die ausführlichen Krankengeschichten von drei Fällen mitgeteilt. Im ersten Falle war die Heilung nach neun Monaten so weit vorgeschritten, daß völlige restitutio in integrum sicher zu erwarten ist. Die beginnende Wiederherstellung der Bewegungen wurde zuerst zwölf Wochen nach der Operation bemerkt. Im zweiten Falle, der im Alter von sechs Monaten operiert wurde, war eine rasche Heilung nicht zu erwarten, doch stellte sich nach 12½ Wochen doch eine leichte Besserung, Ansprechen der Muskulatur auf den faradischen Strom, ein. Auch im dritten Falle, der im Alter von 14 Jahren zur Operation kam, und der mit Rücksicht auf bestehende elektrische Reaktion einiger Muskelstränge noch Erfolg versprach,

stellte sich nach fünf Monaten Besserung der elektrischen Erregbarkeit ein. — (British med. Journal, 7. Febr. 1903.)

Die Vererbung der Syphilis. — Ist eine paterne Vererbung erwiesen? *) Von Rud. Matzenauer.

Bezüglich einer Vererbung von Seite der Mütter hält Autor die Uebertragung auf germinativem Wege durch das schon von Haus aus infizierte Ovulum für ausgeschlossen und die Uebertragung durch intrauterine Infektion auf placentarem Wege, wobei sowohl der mütterliche, als auch der kindliche Anteil der Placenta erkrankt sein kann, nicht nur für erwiesen, sondern für die Regel. Die Vererbung auf diesem Wege von Seite der syphilitischen Mutter ist nicht obligat, sondern fakultativ, die Placenta kann, aber muß nicht spezifisch erkrankt sein. Acquiriert die Frau intra graviditatem Syphilis, so ist die kindliche Syphilis umso schwerer, je früher die Infektion stattfand. Daß von einer am Ende der Gravidität infizierten Mutter Syphilis auf das Kind übergehen kann, ist bisher nicht erwiesen.

Die Intensität der kindlichen Heredosyphilis entspricht nicht immer der Intensität der mütterlichen Erkrankung, wie schon durch die ungleiche Widerstandskraft der als von einander intra graviditatem durchaus getrennt zu betrachtenden Organismen erklärlich ist. Der Kindesorganismus enthält weniger Schutzstoffe, als der des Erwachsenen. Auch hängt die Intensität der Heredosyphilis von dem Zeitpunkt ab, zu welchem eine Placentaerkrankung eine Fötuserkrankung verursacht; je früher dies der Fall ist, umso schwerer erkrankt der Fötus. — Mit zunehmendem Alter, d. h. abnehmender Intensität der mütterlichen Erkrankung, nimmt in der Regel die Intensität der Erbsyphilis ab, nicht etwa infolge Abschwächung der Bakterienvirulenz, denn diese würde ja durch Uebergang der Bakterien auf einen neuen Organismus (Nährboden) gesteigert werden, sondern weil bei rezenter, daher vollvirulenter mütterlicher Syphilis eine Placentaerkrankung häufiger, frühzeitiger und rascher eintritt, als bei älterer und daher schon abgeschwächter mütterlicher Syphilis. Bei Bestehen der letzteren kommt es mitunter zu alternierender Vererbung der Krankheit; es kann nämlich zwischen zwei kranken Kindern ein gesundes, oder zwischen

*) Mit Rücksicht auf die von den bisher anerkannten Grundzügen der Pathogenese der Heredosyphilis abweichenden Anschauungen des Autors halten wir die Arbeit für interessant und wichtig; es ergeben sich auch für den praktischen Arzt in Bezug auf die Therapie überaus schwerwiegende Schlüsse aus den Ansichten des Autors.

zwei schwer affizierten ein leichter erkranktes geboren werden. Die alternierende Vererbung kann auf den Einfluß einer Quecksilberbehandlung der Mutter zurückgeführt werden, sich aber auch ohne Therapie in Szene setzen.

Die bisher zugegebene Möglichkeit einer Vererbung auf germinativem Wege und speziell einer paternen Vererbung durch spermatische Infektion stellt Autor in Abrede, indem er die Beweise für dieselbe zu widerlegen und Gegenargumente geltend zu machen sucht. Das Hauptgewicht wird auf Beobachtungen gelegt, in denen bei Placentaruntersuchungen, trotz angeblich rein paternen Vererbung, eine Erkrankung der Placenta materna (also eines Teiles des mütterlichen Organismus) nachgewiesen wurde. Dem Hauptargument der Anhänger einer rein paternen Vererbung, dem Fehlen klinisch nachweisbarer Syphilissymptome, mißt M. keine Bedeutung zu, denn die vorliegende Kasuistik fußt meistens auf der oberflächlichen, mehrere Jahre nach der wahrscheinlichen Infektion vorgenommenen Untersuchung der Haus- und Kinderärzte. Der *Choc en retour* wäre zu streichen, denn Sekundärererscheinungen, die bei der Mutter während oder gleich nach der Schwangerschaft ohne nachweisbaren vorausgegangenen Primäraffekt auftreten, sind nur durch das überaus häufige Uebersehen des Primäraffektes zu erklären. Das Kind ist nicht vom Vater her erkrankt, sondern, weil die Mutter selbst vor der Entbindung syphilitisch war. Dafür spricht auch die nahezu gleiche Häufigkeitszahl einer angeblichen Syph. conceptionelle précoce (32%) und einer angeblich paternen Vererbung (38%). — Bei Besprechung des angeblichen *Choc en retour* lehnt M. die Auffassung ab, daß solche Mütter ihre symptomlose Syphilis in einer an den Kindern nachweisbaren Form durch den Zeugungsakt übertragen, und betont, daß die, wenngleich symptomlose, so doch bestehende Syphilis der Mutter durch die Geburt eines syphilitischen Kindes geradezu entlarvt wird.

Die Frage der Immunität der (syphilisfreien) Mütter syphilitischer Kinder (Colles-Beaumes'sches Gesetz) erklärt M. so, daß die Mütter solcher Kinder latent syphilitisch sind. Die vorliegende Kasuistik von Ausnahmen des Colles'schen Gesetzes hat Autor geprüft und absolut nicht stichhältig gefunden. Es gibt keine Ausnahmen vom Colles'schen Gesetze, und die als solche geführten Fälle gestatten folgende Einwände: Entweder war die Kindesyphilis extrauterin acquiriert und wurde die Mutter post partum durch das Kind intiziert, oder die vermeinte rezente Syphilis der

Mutter war Rezidivsyphilis, oder die Wiedergabe der Fälle gestattet mit Rücksicht auf ihre Unvollständigkeit kein sicheres Urteil.

Auch das Profeta'sche Gesetz, die Uebertragung der Immunität gegen Syphilis von Mutter auf Kind und umgekehrt, lehnt Autor ab, und zwar mit Rücksicht auf die Unmöglichkeit einer Uebertragung der Immunität auf germinativem Wege und mit Rücksicht darauf, daß Fälle von nachträglicher Infektion gesunder Kinder rezent syphilitischer Mütter bekannt sind, ferner mit Rücksicht auf das Verhalten der als getrennt zu betrachtenden Organismen von Mutter und Fötus gegen Toxine und Antitoxine. So wenig bei anderen Infektionskrankheiten eine Immunität vererbt wird, so wenig auch bei der Syphilis. Syphilitische Mütter infizieren in der Regel ihre Kinder nicht, weil rezent syphilitische Mütter meist syphilitische, und Mütter mit alter, latenter, nicht infektiöser Syphilis meist gesunde Kinder gebären. Die ganze Theorie (Finger), wonach „Immunität“ (d. i. dauernde Immunität) gegen Syphilis acquiriert werden kann, ohne Ueberstehen der Syphilis, kann daher nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Gegen die Annahme, daß die nach dem Colles'schen Gesetz immunen Frauen bloß immun und nicht etwa latent luëtisch seien, spricht: 1. daß in der Pathologie der Infektionskrankheiten und speziell der Syphilis keine spermatische, sondern nur eine Vererbung von der Mutter auf das Kind zu finden ist, 2. daß bei der Syphilis keine erweisbare Vererbung der Immunität stattfindet, 3. daß bei den Infektionskrankheiten die Vererbung einer dauernden Immunität niemals vorkommt, sondern daß eine vererbte Immunität höchstens eine passive, rasch vorübergehende sein könnte.

Da es einerseits eine Vererbung einer dauernden Immunität nicht gibt und da andererseits jede, auch anscheinend gesunde Mutter eines hereditär luëtischen Kindes dauernd immun ist, muß folglich jede anscheinend gesunde, aber immune Mutter selbst (latent) syphilitisch sein. Eine Vererbung der Syphilis können wir daher in jedem Falle von der syphilitischen Mutter ableiten und brauchen die Hypothese einer paternen Vererbung nicht anzunehmen.

Es muß daher die Mutter eines hereditär syphilitischen Kindes mercuriell behandelt werden; dieselbe kann entsprechend dem Colles'schen Gesetz ungeschent ihr Kind selbst stillen; die syphili-

tischen Eltern eines gesunden Kindes können dieses möglicherweise infizieren. Ein syphilitischer Mann soll, um die Infektion seiner Frau zu vermeiden, nicht vor Ablauf mehrerer Jahre seit der Infektion und erst nach mehrfach wiederholter Quecksilberbehandlung in die Ehe treten. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 7, 1903.)

Französische und englische Literatur.

Ueber die Behandlung der nervösen Erscheinungen bei Nephritis chronica. Von James M. Anders.

Von wesentlicher Bedeutung für das Auftreten und Verhalten der nervösen Symptome bei Neph. chron. ist die Diät. Absolute Milchdiät ist nur bei ausgesprochenen gastrischen Reizerscheinungen und während akuter Exacerbationen der Krankheit indiziert, sonst aber aus mannigfaltigen Gründen zu widerraten. Die Zufuhr der Kohlehydrate ist bei einer solchen zu gering, bestehende Albuminurie erfährt oft eine Steigerung; wird die Milchdiät länger fortgesetzt, so führt sie leicht zu allgemeiner Astenie. Der Blutdruck steigert sich durch Ueberfüllung des Gefäßsystems und damit wachsen die an das Herz gestellten Anforderungen. Auf diese Weise werden Urämie, sowie nervöse Störungen heraufbeschworen. In den meisten Fällen empfiehlt sich daher eine gemischte Diät und Zufuhr von nicht mehr als 3 l Flüssigkeit pro die. Haben sich beim Auftreten urämischer Symptome, allgemeine Konvulsionen noch nicht geltend gemacht, so ist in einem solchen Falle ein Drastikum indiziert. — Man gebe 1—2 Tropfen Krotonöl mit etwas Olivenöl gemischt, indem man dies weit rückwärts am Zungenrücken aufträufelt; außerdem heiße Einpackungen und Pilocarpininjektionen. Zur Erzielung von Diurese sind Schröpfköpfe, in die Lendengegend appliziert, zuweilen wirksamer als Diuretika. Führen diese Maßnahmen nicht zur Rückkehr des Bewußtseins, so ist Venaesektion gerechtfertigt. Diese ist besonders zweckmäßig bei robusten Patienten, hochgespanntem Pulse und kongestioniertem oder cyanotischem Gesichte. Bei verhältnismäßig schwacher Herzaktion oder selbst bei Herzdilatation wird die Entscheidung, ob Venaesektion oder nicht, zuweilen schwierig. Der Grundsatz des Autors ist es, sich im Zweifelsfalle für die Operation zu entscheiden, und ihr eine intravenöse Kochsalzinfusion folgen zu lassen, welche nicht nur die Herzaktion kräftigt, sondern auch das toxische Materiale diluirt.

Was die Anwendung von Opium oder Morphinum anlangt, so sei erwähnt, daß Stephen Mackenzie es bei Delirium uraemicum empfahl. Während die Verordnung der Opiate bei urämischen Konvulsionen im Verlaufe akuter Nephritis vielfach geübt wird, soll man sie bei chronischen Nephritiden nur dann, wenn man mit Pilokarpin und Venaesektion nichts ausrichtet, oder diese nicht anwenden kann, zur Anwendung bringen. Die besten Mittel zur Herabsetzung des erhöhten Blutdruckes sind: Nitroglyzerin, Jodkalium, Natr. nitros. Die beiden letzteren eignen sich besser zu längerem Gebrauche. — Als Hypnotika sind Sulphonal, Trional und Chloralose den Opiaten vorzuziehen. — (The Therapeutic Gazette, Nov. 1902.)

Ueber die Wirkung von Adrenalin bei Haemoptoe und Haematemesis. Von Rénon und Louste (Société Médicale des hopitaux).

Vf. berichten: Bei einem im letzten Stadium befindlichen Phthisiker mit Hämoptöe wurde das Mittel per os in 1‰iger Lösung und in Tagesdosen von X, XV, XXV gtt. mit scheinbar gutem Effekt angewendet; doch hielt der Erfolg nicht an und Patient erlag seiner Hämoptöe.

Die Veränderungen des arteriellen Druckes waren inkonstant, bald Steigerungen von 15 auf 20 mm, bald wiederum Abfall von 18 auf 14 mm.

In einem Falle von Morb. Basedowii mit Hypotension brachte eine 10tägige Behandlung mit gleichen Dosen keine Aenderung des Blutdruckes hervor.

Die Einwirkung auf die Magenschleimhaut scheint eine günstigere zu sein. Bei einem 52jährigen Manne mit abundanter und wiederholter Hämatemesis derart, daß die Frage eines chirurgischen Eingriffes in Erwägung gezogen wurde, gaben die Autoren durch 7 Tage gtt. L der 1‰igen Lösung zweistündlich in dosi refracta. Die Hämatemesis kam zum Stillstand. — Die Behandlung wurde ergänzt durch absolute Diät, massige subkutane Kochsalzinjektionen und Nährklysmen, Verhältnisse, unter denen die Beobachtungen des arteriellen Druckes nicht in Betracht kamen.

Stärkere Dosen anzuwenden unterließen die Autoren gemäß den an Tieren angestellten Experimenten. Eine subkutane Injektion von 4 cm³ einer Lösung von 1 : 10.000 genügte, um ein Meerschweinchen innerhalb 24 Stunden verenden zu machen. Das

Herz war systolisch kontrahiert und sehr hart, die Ventrikelräume nur virtuell vorhanden. (La Presse Médicale, 29. Nov. 1902.)

Ueber den hämostatischen Wert des Adrenalins berichteten Carnot und Josserand in der Sitzung vom 29. November 1902 der Société de Biologie: Intravenöse Injektionen bewirken selbst in Dosen, die geeignet wären, eine beträchtliche arterielle Drucksteigerung zu bewirken, nach den Experimenten der Autoren keine viscerale Hämostase. Ebenso unwirksam erwies sich das Mittel bei subkutaner, oder lokaler intraparenchymatöser (im Niveau der Leber, Nieren etc.) ausgeführter Injektion. Die Verwendung des Adrenalins als Hämostaticum wird also auf besondere Fälle beschränkt bleiben. — (La Presse Médicale, 6. Dez. 1902.)

Menthol bei reflektorischem Erbrechen empfiehlt de Crésantignes (Société de Médecine et de Chirurgie pratiques) wegen seiner Unlöslichkeit in wässrigen und auch in stark mit Alkohol versetzten Lösungen — mit einem Zusatz von Tinct. Saponini (Panama) zu verschreiben, mittels dessen haltbare Emulsionen herstellbar sind.

Rp. Menthol	0·03—0·5
Tet. Saponini	3·00
Glycerini puriss.	5·00
Aq. font. ad	125·00 (Tropfenweise zuzusetzen.)

M. F. l. a. Emulsio. S. Eßlöffelweise.

Das Menthol ist bei Gastralgie kontraindiziert, ferner darf es nicht in stärkerer Lösung, als angegeben, verwendet werden, weil es sonst kaustisch wirkt.

Zum äußerlichen Gebrauch bei Kopfschmerz empfiehlt de Crésantignes folgende Formel:

Rp. Menthol	0·50
Tet. Saponini	15·00
Aq. font. ad	155·00

M. S. Zu Umschlägen bei Kopfschmerz.

Wenn die aufgelegte Kompresse lebhaftes Gefühl von Brennen erzeugt, ist sie durch eine in frisches Wasser getauchte zu ersetzen, um dann neuerlich appliziert zu werden. — (La Presse Médicale, 3. Dez. 1902.)

Schlaf und allgemeine Anaesthesie mittels des elektrischen Stromes.

Stéphane Ledue erzielte mittels Strömen von 10—30 Volt und 150--200 Stromunterbrechungen per Sekunde Schlaf und

komplete Anästhesie ohne Abwehrbewegung, Fluchtversuch und ohne Alteration der Respiration oder Herztätigkeit. Die klonischen Konvulsionen und Kontraktionen werden verringert durch Anwendung eines nicht selbstinduzierenden Rheostaten im Stromkreise. Mit diesem wird die notwendige Stromintensität durch allmähliche Steigerung in 3—5 Minuten erreicht. — (La Presse Médicale, 29. Nov. 1902.)

Ueber die Verdaulichkeit mageren und fetten Kefyrs berichteten A. Gilbert und A. Chassevant in der Sitzung der Société de biologie vom 22. November 1902:

Abgerahmter Kefir beansprucht kürzer dauernde Magenverdauung als der gewöhnliche. Die Magenverdauung von 250 cm³ abgerahmten Kefyrs dauerte beim Hunde 3½ Stunden, die der gleichen Quantität gewöhnlichen Kefyrs 4½ Stunden.

250 cm³ ungekochter, reiner Kuhmilch beanspruchen 7½ Stunden

250 cm³ gekochter, reiner Kuhmilch beanspruchen . 7 Stunden

250 cm³ abgerahmter, reiner Kuhmilch beanspruchen 5 Stunden

250 cm³ Kefyr Nr. 2 beanspruchen 4¼ Stunden

250 cm³ Kefyr Nr. 2, abgerahmt, beanspruchen . . 3¼ Stunden

zur kompletten Magenverdauung.

Diese Versuchsergebnisse bestätigen die klinische Erfahrung, wonach Kefir bei asthenischen Dyspepsien das Nahrungsmittel par excellence ist. — (La Presse Médicale, 29. Nov. 1902.)

Vulliets Nephropexie mittels eines Schlingentenotoms vereinfacht. Von J. Lynn Thomas. (Mit zwei Figuren.)

Die Vulliet'sche Nephropexie besteht, kurz gesagt, in folgendem: Die Niere wird mit einem abgetrennten Sehnenstreifen des M. erector trunci, der durch das Nierenparenchym geführt, rückgeleitet und seitlich vom 1. Lumbardorn in einer kleinen, besonderen Incision fixiert wird, an normaler Stelle befestigt.

Die ersten drei Fälle des Autors waren von Hämaturie gefolgt; es handelte sich also darum, ohne Verletzung des secernierenden Nierengewebes zu operieren. Während bei der zweiten Operation, zwecks Ablösung des oberen Sehnenendes kräftig an der Sehne gezogen wurde, gab unerwarteterweise das untere Ende nach; es wurde deshalb die Ablösung einer zweiten Portion der Sehne des Erector trunci notwendig; dieser Zwischenfall und das Hinzutreten der Hämaturie veranlaßten den Autor zu einer Modifikation der Operationstechnik.

Diese besteht in folgendem: Nachdem ein Sehnenstrang isoliert und angehakt ist, wird er in eine auf einem langen schmalen Griffe befindliche Schlinge eingefädelt und während die Anspannung mittels Hakens aufrecht erhalten wird, wird die Schlinge kräftig nach aufwärts gestoßen; sobald die Schlinge die Region der Muskelfasern erreicht, schlüpft die Sehne nach 2—3 kurzen Bewegungen mit der Schlinge heraus. — Nachdem sodann die Capsula fibrosa der Niere durch eine quere lumbare Inzision bloßgelegt ist, werden zwei longitudinale Inzisionen durch die Kapsel gemacht, die eine nahe dem äußeren Nierenende und die zweite an der Außenseite des Hilus; sodann wird die Kapsel vom Parenchym abgelöst, indem man ein stumpfes Instrument zwischen beiden Inzisionen einführt.

Die Sehne des Erector trunci wird in die Wunde eingeführt, gespalten und die Enden unter der abgelösten Kapsel von außen nach innen durchgezogen, jedes Ende wird dann separatim in die Wunde nächst dem Dornfortsatz dirigiert. Hierauf werden einige Suturen durch die Kapsel in die Fascia lumborum gelegt; diese hindern das Fett der Capsula adiposa, zwischen die entblößte Niere und das fascio-musculäre Stratum hineinzuschlüpfen. Die Wunde wird dann vom Grunde aus durch Vernähung der verschiedenen Fascienlager geschlossen; ist Patientin fett, so kommt eine neue Lage versenkter Nähte ins Subkutangewebe. Drain wird nicht eingeführt. Es ist sehr wünschenswert, diese schichtweise versenkten Nähte sorgfältig anzulegen, damit die Lende später nicht nachgebe. Schließt man nämlich mit En-masse-Suturen, so ist nach wenigen Jahren der Zusammenhang zwischen Haut und Niere wieder gelockert.

Bei en-masse-Suturen liegen die Verhältnisse dann so, wie bei einer Hernia post operationem, die breite Narbe kann durch die Bauchwand eingestülpt werden.

Im anderen Falle ist die Lende stramm und zeigt eine lineare Narbe.

Die Modifikation bietet folgende Vorteile:

1. Das Nierenparenchym bleibt intakt;
2. die Vorteile der Dekortikationsmethode bleiben gewahrt;
3. das Schlingentenotom vereinfacht die Bloßlegung der Sehne. — (British Medical Journal, 8. Nov. 1902.)

Ueber lumbale Kokaininjektion berichten Guinard, Ravanant und Aubourg (La Presse Médicale, 5. November

1902), daß die bei Anwendung wässriger Lösungen zur Beobachtung kommenden, mehr oder minder intensiven meningealen Reizerscheinungen auf Rechnung der Druckdifferenz zwischen der Kokaïnlösung einerseits ($\Delta = - 0.15$) und der Cerebrospinalflüssigkeit (Δ im Mittel = $- 0.60$) andererseits zu stellen seien. Sie verwendeten deshalb statt der bisherigen 1%igen, wässrigen Kokaïnlösung den Liquor cerebrospinalis des Kranken selbst als Vehikel des Anästhetikums; es werden nämlich gtt. IV einer Kokaïnlösung 1 : 10 (= Cocaini mur. 0.02) dem Kranken mit seiner eigenen ausgetretenen Cerebrospinalflüssigkeit reinjiziert, wobei sich diese mit der erwähnten konzentrierten Lösung in der Spritze mischt. — Dieses Verfahren besserte die Resultate bedeutend. — Nunmehr wenden die Autoren, um das Manipulieren mit dem Tropfenzähler zu vermeiden, folgende Lösung an:

Cocaïni hydrochlor.	2.00
Natr. chlorat.	0.15
Aq. destill.	50.00

In einem $\frac{1}{2}$ cm³ dieser Lösung sind also die für die Anästhesie notwendigen 0.02 g Kokaïn enthalten. Die Aufbewahrung geschieht in sterilen, 1 cm³ haltenden Kölbchen.

Welches ist nun der Vorgang bei der Operation? Der ganze Inhalt eines Kölbchens wird in eine 3 cm³ fassende, sterile Spritze aspiriert; hierauf die Luft ausgetrieben, bis nur der zu injizierende $\frac{1}{2}$ cm³ übrigbleibt. Nach erfolgter Lumbalpunktion werden zirka zehn Tropfen Cerebrospinalflüssigkeit ausfließen gelassen, was ungefähr dem Volumen der zu injizierenden Lösung entspricht. Man setzt nun die Spritze an die Nadel an, und aspiriert langsam die Cerebrospinalflüssigkeit, welche den Körper der Spritze erfüllt und sich mit der titrierten Lösung mischt; hierauf wird das ganze in den subarachnoidalen Raum reinjiziert.

Um die im Glaskölbchen verwahrte Kokaïnlösung in den Spritzenkörper einzubringen, verwendet man ein kleines Drainröhrchen, welches man vor Sterilisierung der Spritze an dieselbe angesetzt hat. Man bricht nun das e i n e Ende eines Glaskölbchens ab, führt das Kölbchen in das freie Ende des Drains ein, und nachdem man das andere Ende des Kölbchens auch abgebrochen hat, aspiriert man seinen Inhalt. Die Autoren wenden eine eigene, von M. Collin konstruierte Spritze an, die aber nach obiger Beschreibung nicht unbedingt zur Operation erforderlich ist. — Die Re-

injektion eines blutigen, selbst eines leicht blutig gefärbten Liquor cerebrosp. muß unter jeder Bedingung unterlassen werden! Ebenso ist Luft Eintritt in die Spritze und Verwendung des käuflichen, nicht vorher analysierten Kokaïns zu meiden. Was die Resultate der Methode anlangt, so beobachteten die Autoren an 70 derart anästhesierten Patienten zuweilen leichtes Erbrechen $\frac{1}{4}$ Stunde post operationem; beinahe alle verlangten unmittelbar danach zu essen. Kopfschmerz und Hyperthermie kamen fast gar nicht mehr zur Beobachtung. — Mit der angeführten Lösung und Technik haben die Chirurgen nach Meinung der Autoren für alle Operationen am Genitale, Anus und unteren Extremitäten keinerlei nennenswerte Zufälle zu befürchten.

Zahnheilkunde.

Lokale Anästhesie. Von J. Fürst.

Wenn man Wasser zwischen die Hautschichten infiltriert, so verursacht der Druck desselben eine Anästhesie der Nervenenden und damit eine Anästhesie der Nerven und der Hautoberfläche. Unterstützt wird dieser Vorgang durch Kälte, durch welche die Gefäße zusammengezogen werden und die Zirkulation inhibiert wird, sowie durch anästhesierende Eigenschaften der Injektionsflüssigkeit. F. legt das Hauptgewicht auf den mechanischen Druck und verwendet deshalb Wasser als das geeignetste Mittel zur lokalen Anästhesie bei Zahnoperationen. Wie die Schleich'sche Infiltrationslösung aus einer physiologischen Kochsalzlösung, Kokaïn und Morphinum besteht, so kann man, um die Wirkung zu erhöhen, dem Wasser einen Prozentsatz anderer Substanzen hinzufügen; um den Druck zu erhöhen Alkohol oder Ather, um die narkotische Wirkung zu erhöhen Kokaïn, Morphinum oder Karbolsäure. Die Formel würde sich folgendermaßen gestalten: Aq. destill. 100, Alkohol. absol. 2, Cocain. mur. 0.25 oder Aq. destill. 100, Alcohol. absol. 2, Aetheris 1, Cocain. mur. 0.25, Acid. carbol. 0.01. MDS. Zur Infiltration bei Zahnextraktionen. An diese Formeln ist man nicht gebunden. Wasser allein oder mit anderen Ingredienzien kann dasselbe Resultat zeitigen. Die Hauptsache bleibt die Technik der Injektion. Das Verfahren ist im allgemeinen bekannt. Man trocknet das Zahnfleisch und betupft dasselbe mit Kokaïn und Karbolsäure, um den Schmerz der

Nadelstiche zu vermeiden und um eine aseptische Fläche zu erhalten, und injiziert mit einer handlichen Spritze kräftig zirka viermal um den Hals des Zahnes, die Nadel bis zum Periost einführend, in den Rand des Zahnfleisches, bis dasselbe weiß wird. Da das Mittel ohne Gefahr angewandt werden darf, so kann man mit großer Energie verfahren, da von dem mechanischen Druck hauptsächlich der Erfolg abhängt. — (Arch. f. Zahnheilk., Nr. 10, 1902.)
R. Kronfeld.

Paraffin, ein ideales Material für Wurzelfüllungen. Von R. Beck.

Eine große Zahl von Alveolar-Abszessen, mißglückten Füllungen, Kronen und Brücken ist auf mangelhafte Wurzelfüllung zurückzuführen. Bei unregelmäßig gebauten, gekrümmten und engen Wurzeln und bei der Ungewißheit über die Zahl der Wurzelkanäle kommt es leicht vor, daß einzelne Partien derselben mit unseren gebräuchlichen Materialien — Guttapercha, Gold, Zinn, Kupfer, Holz, Watte, Zement u. s. w. — nicht ausgefüllt werden können. Ist aber der Wurzelkanal nicht bis zur Spitze hermetisch verschlossen, so ist eine Invasion pathogener Mikroorganismen mit ihren verhängnisvollen Folgeerscheinungen möglich.

Durch Gersuny's und Moszkowicz's Mitteilungen aufmerksam gemacht, verwendet Vf. Paraffin mit einem Zusatz von 4% Vaseline zu Wurzelfüllungen. Dieses Material wird durch das Aufkochen absolut steril, es läßt sich in flüssigem Zustande leicht einführen und erforderlichenfalls wieder entfernen. Dabei dringt es bis zu den äußersten Enden der Wurzeln vor, ohne dem Patienten Unannehmlichkeiten oder Schmerzen zu bereiten. Außerdem verwendet Vf. das Paraffin zu Injektionen in die Alveolarfächer nach Extraktion von Zähnen, wodurch er die Retraktion der Alveolarränder und die Schrumpfung des Alveolarfortsatzes verhindert und für die Prothese günstigere Vorbedingungen schafft. — (The Dental Digest, Bd. 8, Nr. 9.) R. Kronfeld.

Mitteilungen über die Wirkung des Nebennierenextraktes als lokales Anästhetikum und Hämostatikum. Von F. Möller.

Vf., der bereits vor mehreren Monaten auf die vorzügliche Verwendbarkeit des Nebennierenextraktes hingewiesen hat, teilt neuerdings seine Erfahrungen mit diesem Präparate mit. Er hat im ganzen 238 Extraktionen mit dem reinen Präparate, mit Zusätzen geringer Mengen von Tropakokaïn und mit Zusätzen

von Paraamidobenzoesäure-Ester (Anästhesin Ritzert) gemacht. In fast allen Fällen wurde vollkommene Anästhesie erzielt. Die Blutung war in allen Fällen kaum meßbar. Zumeist war die Alveole nach der Extraktion vollkommen blutleer, erst nach $\frac{1}{2}$ —1 Minute füllte sie sich langsam mit Blut, welches kaum den Rand der Alveole erreichte, geschweige denn überfloß und daher auch nicht gemessen werden konnte. Bei straffem Zahnfleisch, wo mit starkem Druck injiziert werden mußte, war die Anästhesie vollkommen und die Blutung minimal. Weniger günstig waren die Erfolge bei lockerem Zahnfleisch, doch überstieg auch hier die Blutung niemals 4 cm³. Nebenwirkungen konnte M. nicht beobachten. In vier Fällen wollen nervöse und blutarmer Patientinnen nach der Extraktion Fiebererscheinungen beobachtet haben. Vf. gab zu 5 cm³ Anämorenin 1 cm³ Tropakokaïnlösung (Tropakokaïn. mur. 0·3, Natr. chlor. 0·2, Aqu. dest. 100) und injizierte hievon durchschnittlich 2—3 g, von dem reinen Präparat verwendete er 2—4 g. — (Zahnärztl. Rundschau, 11. Jahrg., Nr. 532.)

R. Kronfeld.

Kleine Mitteilungen.

Ueber die Wirkung des Pilocarpins auf die Magensaftsekretion. Zitowitsch untersuchte an drei nach Pawlow operierten Hunden die Wirkung des Pilocarpins auf die Magensaftbildung. Er gelangte zu dem Ergebnis, daß es tatsächlich die Sekretion steigere, die Wirkung jedoch in hohem Grade von der Menge des injizierten Pilocarpins abhängt. Die Acidität des Magensaftes und seine Verdauungskraft steht in geradem Verhältnisse zu seiner Menge. Die Vermehrung der Speichel- und Schleimabsonderung läßt sich mit viel kleineren Dosen erreichen, als die des Magensaftes. Es geht also daraus hervor, daß in der Therapie das Pilocarpin zur Anregung der Magensaftabscheidung nicht verwendbar ist, da die großen dazu erforderlichen Dosen abfällige Nebenwirkungen entfalten können. — (Russ. med. Rundschau Nr. 2, 1902/1903.)

Dukelsky berichtet über **einen Fall von Behandlung des Tetanus** mit Injektionen von Gehirnemulsion, die auf Grund der von Wassermann ausgeführten Experimente zuerst von Krokiewicz in die Praxis eingeführt wurden.

Es handelt sich um ein seit drei Tagen erkranktes vierzehnjähriges Mädchen mit schwerem, allgemeinem Tetanus. Nachdem

Chloralhydrat und warme Bäder ohne Erfolg blieben, injizierte er am achten Tage der Erkrankung subkutan eine Emulsion von 10 g Gehirnschubstanz in 30 cm³ physiologischer Kochsalzlösung. Zur Herstellung wurde unter strengster Asepsie das Hirn eines frisch geschlachteten Ferkels entnommen und in sterilen Gefäßen mit steriler Kochsalzlösung verrieben. Die Besserung stellte sich deutlich nach der ersten Injektion ein. In den zwei darauffolgenden Tagen wurde das Verfahren wiederholt. Nach der dritten Injektion konnte die Heilung als gesichert betrachtet werden. — (Russ. med. Rundschau Nr. 2, 1902/1903.)

Subkutane Chininjektionen, welche bisher wegen der geringen Löslichkeit des Chinins in Wasser, grosser Flüssigkeitsmengen bedurften, verabreicht Dr. Aufrecht jetzt mit einem Zusatz von Urethan, welches die Löslichkeit des Chinins ungemein erhöht. Während es sonst zur Lösung eines 1/2 g Chininum hydrochloricum einer Menge von 17 g Wasser bedurfte, genügen bei Zusatz von 0.25 Urethan 5 cm³ Wasser um 1/2 g Chinin zu lösen. Das Urethan verursacht keinerlei Nebenwirkung und die Injektionen leisteten dem Autor die besten Dienste, namentlich bei der Behandlung der Pneumonie und des Puerperalfiebers. — (Ther. Monatsh. H. 2, 1903.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Ueber Pyranum als Antineuralgikum berichtet E. Schlegler. Das Pyranum ist eine Verbindung von Benzoesäure, Salizylsäure und Thymol zu einem in Wasser löslichem Natriumsalz. Es ist ein weißes, krystallinisches, schwach aromatisch riechendes, leicht süßlich schmeckendes Pulver. Nach Tierversuchen ist dasselbe selbst in hohen Dosen völlig unschädlich. Am gesunden Menschen erweist es sich selbst in Gaben von 1—5 g ohne Einfluß auf das Wohlbefinden. Blutdruck und Pulsqualität bleiben unverändert, so daß das Pyranum für das Herz völlig unschädlich ist. Schon 20 Minuten nach der Einnahme tritt im Harn Salizylsäure auf, ebenso hält die Ausscheidung des Thymols lange Zeit an. Das Pyranum hat eine milde antipyretische Wirkung, ohne große Schweißproduktion oder unangenehme Nebenwirkungen. Es wurde bei Polyarthrit, akutem Muskelrheumatismus, chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, einer Reihe verschiedener febriler oder nervöser Affektionen, dann besonders bei Neuralgien,

Kopfschmerzen und Migräne, sowie rein symptomatisch gegen bestehende Schmerzen unbestimmter Art angewandt. Namentlich in den letzten Krankheitsgruppen war die Wirkung ausnahmslos schnell und vollständig. Am auffallendsten war sie bei Ischias und allgemeinen Kopf- und Gliederschmerzen. Beim akuten Gelenkrheumatismus sind die Erfolge ausgezeichnet, beim chronischen war wenigstens stets Nachlaß der Beschwerden zu erzielen. Pleuritische Schmerzen werden durchgehends günstig beeinflußt. Als Dosis werden 0·5—1·0 pro die entweder in Wasser gelöst, oder in Oblaten oder in Gelatinecapseln 3—4 mal pro Tag gegeben. — (Ther. Monatsh. Nr. 1, 1903.)

Eukinase und Pankreatokinase. Gestützt auf neuere physiologische Untersuchungen, welche die Gegenwart eines neuen zur Entfaltung der proteolytischen Wirksamkeit des Trypsins notwendigen Fermentes der Darmschleimhaut erwiesen haben, suchen H a l l i o n und C a r r i o n diese Enterokinasen darzustellen. Sie erhielten zwei Produkte: die Eukinase, aus der Duodenalschleimhaut des Schweines und die Pankreatokinase, eine Vereinigung der Eukinase mit dem Pankreatin. Die Verdauungsversuche erwiesen nicht nur die völlige Richtigkeit der physiologischen Ansichten, sondern auch den Wert der dargestellten Fermente für die Verdauung. Da das Pankreas viel weniger leicht durch Erkrankungen, namentlich bakterielle Infekte, geschädigt wird als die Darmschleimhaut, so liegt es nahe, viele Verdauungsstörungen eher auf Verlust oder Schädigung der Bereitung der Enterokinase zurückzuführen. Man wird daher in solchen Fällen eher durch Zufuhr von Eukinase als von Pankreasferment Erfolge erzielen. Es sind daher besonders die intestinalen Dyspepsien das Hauptgebiet für die Anwendung der beiden Präparate, welche man als rationellstes, intestinales Peptikum ansehen kann. Sowohl die Eukinase als die Pankreatokinase wird in Gluteïncapseln oder in einem Gluteïnteig in Granulaform verabreicht. — (Société de thérapeutique, Dez. 1902.)

Bei Gicht:

Rp. Inf. fol. digital. e 1 0 : 200·0
 Kal. nitr. 4·0
 Tinct. colchie. 5·0
 Syr. simpl. 30·0

D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Bei Flatulenz:

1. Rp. Fol. menth. piper.	} āā 30·0
Rhiz. calami	
Fruct. juniperi	15·0
Fol. senn.	12·0

M. f. spec. D. S. Zum Teeaufguß.

2. Rp. Fol. menth. piperit. }
 Fol. melissae } āā 15·0
 Rad. valerian }
 Fruct. anis. } āā 5·0
 Fruct. coriandri }
 M. f. spec. D. S. Zum Teeauf-
 guß.

3. Rp. Magnes. nst. 12·0
 Pulv. rad. rhei } āā 3·0
 Pulv. rad. zingib. }

M. f. pulv. D. S. Mehrmals täg-
 lich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

**Bei Katarrhen der At-
 mungswege:**

1. Rp. Liq. ammon. acet. 20·0
 Aq. cinnamomi 130·0
 Syr. simpl. 30·0

D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel
 voll zu nehmen.

2. Rp. Inf. flor. sambuci
 e 15·0 : 150·0
 Liq. ammon. acet. } āā 25·0
 Syr. simpl. }

D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel
 voll zu nehmen.

Bei Hämorrhoiden:

1. Rp. Tinct. vanill. 5·0
 Extr. hamamel. fluid. 10·0
 Spir. vini 60·0
 Syr. cort. aur. 30·0
 Aq. font. ad 150·0

D. S. Dreimal täglich ein Liqueur-
 gläschen voll zu nehmen.

2. Rp. Magnes. carbon. }
 Sulfur. depur. } āā 10·0
 Tartar. depur. }
 Fol. senn. sine resina }
 Mentholi } āā 0·05
 Extr. fol. belladonn. }
 Ol. carvi } āā gtts. IV
 Ol. foeniculi }

M. f. pulv. D. S. Dreimal täg-
 lich einen halben Kaffeelöffel voll
 zu nehmen.

Bei Acne vulgaris:

Rp. Resorcini resublim. 1·0
 Mercur. bichlor. corros. 0·1
 Past. zinc. 40·0

D. S. Abends aufzulegen.

Bei Trychophytia capitis:

1. Rp. Merc. sublim. corros. 0·01
 Glycerini 10·0
 Tinct. jod. 90·0

D. S. Aufzupinseln.

2. Rp. Chrysarobini } āā 5·0
 Ichthyoli }
 Resorcini resublim. 3·0
 Acid. salicyl. 2·0
 Adip. lan. 30·0
 Vaselini 55·0

D. S. Salbe.

3. Rp. Ol. crotonis 5·0
 Ceræ alb. } āā 2·5
 Lanolini }

D. S. Salbenstift.

Bücher-Anzeigen.

**Ophthalmologische Operationslehre speziell für praktische Aerzte
 und Landärzte.** Von Dr. Heymann. I. Band. Verlag Karl Marhold.
 Halle a. S. 1901.

Wir behalten uns eine Besprechung dieser Operationslehre bis
 nach dem Erscheinen des Schlussbandes vor und geben hiemit nur den
 Inhalt des I. Bandes an. In sieben Kapiteln werden „die Operationen
 am Auge, die ohne Eröffnung des Bulbus einhergehen“, besprochen,
 u. zw. zunächst die Lidoperationen, dann die Operationen an der Con-

conjunctiva palpebrarum et bulbi, hierauf die Operationen an der Kornea, die operativen Massnahmen an der Sklera, die Schieloperationen und schliesslich die Enucleatio bulbi und deren Ersatzmethoden.

Dr. Jänner.

Die Motilitätsstörungen des Auges auf Grund der physiologischen Optik nebst einleitender Beschreibung der Tenon'schen Fascienbildung. Von Dr. Maddox. Autorisierte deutsche Ausgabe und Bearbeitung von Dr. Asher. Verlagsbuchhandlung A. Deichert's Nachf. (Georg Böhme). Leipzig 1902.

Das Studium der Augenbewegungen und des Raumsinnes unter normalen und pathologischen Verhältnissen ist für den Augenarzt, aber auch für den Internisten und speziell für den Nervenarzt eines der interessantesten, zugleich aber wegen seiner Kompliziertheit eines der schwierigsten Kapitel der Augenheilkunde. Maddox, eine Autorität auf diesem Gebiete, bietet uns nun in vorliegender ausgezeichnete Monographie das Resultat seiner diesbezüglichen Forschungen und Erfahrungen unter voller Berücksichtigung der bisherigen Anschauungen dar und macht uns mit einigen neuen von ihm angegebenen und bereits Gemeingut der Augenärzte gewordenen Untersuchungsmethoden bekannt. Wir wissen Asher Dank dafür, dass er sich der Aufgabe unterzogen hat, die deutsche Uebersetzung zu übernehmen, umso mehr, dass er diese Aufgabe glücklich gelöst hat. Klare Diktion, präzise Darstellung, Neubearbeitung des ganzen Stoffes kennzeichnen diese deutsche Ausgabe. Betont möge werden, dass Asher, ein Schüler Hering's, einige auf eigene Erfahrung gestützte Ergänzungskapitel, so „über Behandlung der Augenmuskellähmungen“ und „über Nystagmus“ bringt. Die Verlagsbuchhandlung hat keine Mühe gespart, um die äussere Ausstattung aufs sorgfältigste zu gestalten. Dr. Jänner.

Handbuch der Hautkrankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. Franz Mraček. Verlag von Alfred Hölder, Wien 1901 bis 1902. I. Bd.

Dem von Besnier, Brocq und Jacquet herausgegebenen „Chef d'oeuvre“ der Dermatologie, das seit seinem zweijährigen Bestande den Weg über den Kontinent genommen hat, ist nunmehr auf heimischem Boden, wenn auch in bescheidener Form, ein ähnliches, groß angelegtes Sammelwerk zur Seite gestellt.

Das mit wenigen Ausnahmen durchgeführte Prinzip, bei Aufteilung der Arbeit nur solche Kräfte heranzuziehen, die auf den zugewiesenen Gebieten als anerkannte Forscher gelten, hat wohl dazu beigetragen, daß die rein österreichische Prägung des Werkes zum Teil verwischt erscheint. So sehen wir nebst der Elite unserer Fachleute, aus dem Reiche unter anderen Blaschko, Jadassohn (Bern), Unna und Wolff an der Ausgestaltung der Enzyklopädie mitwirken.

Der in seiner Vollendung auf 798 Seiten angewachsene erste Band läßt allenthalben eine vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus durchgeführte Behandlung des reichen Stoffes erkennen, was

naturgemäß in manchen Abschnitten zur Wiederholung bereits vorbereiteter Einzelheiten führen mußte. Auch die nicht zu strenge Einhaltung der durch das gegebene Thema vorgezeichneten Grenzen von Seite der Autoren, hat vielfach zu störenden Interferenzen geführt. Sieht man von diesen, bei allen größeren Unternehmungen fast unvermeidlichen, die Homogenität beeinträchtigenden Uebergriffen ab, so kann durchwegs nur der Eifer, Ernst und die Gründlichkeit rühmend hervorgehoben werden, mit welchen die Mitarbeiter ihrer oft recht schwierigen Aufgabe gerecht geworden sind.

Gleich die in der ersten Abteilung (pag. 1 bis 163) behandelte Histologie der normalen Haut ist als eine in monographischer Vollendung gebotene Meisterleistung Prof. Hans Rabel's hinzustellen, die alle ähnlichen Studien bei weitem überragt. (Brunn, Handbuch der Anatomie von Bardeleben, Darier, La Pratique dermatologique etc.) Desgleichen fand die Physiologie in Prof. A. Kreidl einen würdigen Interpreten, der besonders die wichtigen Fragen der Resorption, Sekretion und Sensibilität in gerechtfertigter Ausführlichkeit erörtert. Doc. E. Spiegler und Dr. S. Grosz haben sich um die übersichtliche Exposition der aetiologischen Verhältnisse und der allgemeinen Therapie redlichst bemüht und eine lückenfreie Revue geliefert.

Den speziellen Teil leitet Prof. S. Ehrmann mit der Besprechung der Hyperämien, Anämien und Dermatitisen ein. Gleich hier, in dem Thema der Hautentzündungen, hat die Einteilung einen Durchbruch erfahren müssen, indem Verfasser in ungerechtfertigter Einengung, sich nur auf die chemisch und thermisch erregten Entzündungen mit Ausschluß der Verbrennung und Erfrierung erstrecken kann, die letzteren aber erst im zweiten Bande, also in räumlich völliger Trennung von der Hauptgruppe, eine gesonderte Darstellung erfahren werden.

Wohl das schwerste Gebiet: die Bearbeitung der Schweißdrüsenkrankungen, sehen wir in Doc. L. Töröks kundige Hände gelegt. Mit scharfsinnigem Verständnis ist er denn auch bestens bestrebt, in das bunte Wirrsal der Schweißdrüsenpathologie sichtlich einzugreifen. Wenn ihn hiebei der Eifer so weit hingerissen hat, auch die große Gruppe der „Tuberkulides“ (Dermatitis nodularis necrotica) mit in den Kreis seiner Betrachtungen einzubeziehen, so hätte die Schriftleitung dies umsoweniger zugeben dürfen, als ja die wohl charakterisierte Krankheitskategorie, abgesehen davon, daß dieselbe wie es ja Török ohne weiteres selbst zugesteht, mit den primären Schweißdrüsenläsionen gar nichts gemein hat, in das von Jadassohn zu behandelnde Gebiet der tuberkulösen Hautaffektionen gehört und sicherlich von diesem Fachmanne auch herangezogen werden wird. Ueberdies noch kommt auch Ehrmann gleich im nächsten Abschnitte der Talgdrüsenprozesse auf die gleiche, in ihrer Aetiologie strittige Läsionsart, allerdings in bescheidensten Grenzen, zu sprechen. Die Ansichten, welche Török über die Geschwülste der Schweißdrüsen, die Adenome, Cystome, sowie das sogenannte Syringom äußert, bilden das Ergebnis eigener gründlicher Forschung und kann denselben nur in vollem Umfange beigeprflichtet werden.

Die weitläufige Domäne, mit welcher die Talgdrüsen in der Nosologie der Hauterkrankungen figurieren, fixiert Ehrmann, wie wir vorweg bemerken wollen, in einer ihrer Bedeutung angepaßten Gewissenhaftigkeit. Demgemäß ist der größte Raum den Funktionsanomalien gewidmet, während die Schilderung der speziellen Akneformen und der Talgdrüsentumoren knapper gehalten erscheint.

Die Unzulänglichkeit der dermatologischen Systemisierung illustrieren nebst diesem Abschnitte die nächsten Kapitel über die Erytheme, in deren Beschreibung sich Prof. A. Wolff (Straßburg) und Ehrmann teilen. Bei Betrachtung der toxischen, infektiösen Erytheme, der Arzneiexantheme, der Pellagra, ist das ätiologische Moment zugrunde gelegt, während die exsudativen Erytheme, Urticaria- und Purpuraformen, eher vom anatomischen Standpunkte aus beurteilt werden. Hiedurch finden: das Erythème induré (Bazin), dessen tuberkulöse Natur heute außer jeden Zweifel gestellt erscheint, die Hydroa vacciniforme, die ins Gebiet der Dermatitiden fällt, sowie die Erythromelalgie, für welche die Grundlage in neurotischen Störungen zu suchen ist, in der Gruppe der Erytheme zwangsweise Unterkunft. Während die Arzneiexantheme entzündlicher Art wieder, in die Besprechung der Talgdrüsenenerkrankungen (Jod und Bromacne, Jododerma etc.) und die der allgemeinen Hautentzündungen verschlagen werden.

Die herpetischen Eruptionen bespricht A. Blaschko, dessen Name mit der neueren Lehre vom Herpes zoster viel zu eng verbunden ist, um besonders darauf hinweisen zu müssen, daß seine geistvolle Art der Betrachtung und nüchterne Gründlichkeit, auch in dem hier gebotenen Essay schönstens zur Geltung kommen.

Mit der Anführung der von Dr. F. Luthlen beleuchteten Säuglingsdermatosen (Pemphigus neonatorum, Epidermolysis bullosa hereditaria, Dermatitis exfoliativa Ritter) und der von Török erläuterten exfoliativen Erythrodermien, hätten wir dem reichen Inhalte dieses ersten Bandes andeutungsweise Rechnung getragen. Der energischen Umsicht der Redaktion (Dr. S. Grosz), sowie der Liberalität des Verlagshauses wird es zu danken sein, wenn in Bälde die weiteren Lieferungen zu dem zweiten Bande sich vereinen werden.

Bezüglich der Abbildungen können wir uns die Bemerkung nicht versagen, daß jene histologischer Details, eher zu wenig, die der klinischen Erscheinungsweise, selbst um die zwei von Wolff beige gesteuerten Illustrationen, zu viel sind.

Illustrationen von Krankheitsformen sind unseres Erachtens in einem Handbuche, das in erster Linie nicht für Anfänger im Fache bestimmt erscheint, völlig erlässlich, werden sie aber beigegeben, so haben sie sich auf exzeptionelle Raritäten zu beziehen und auch dann wird ihre Beibringung nur von Nutzen sein, wenn sich die Reproduktion aller Behelfe der modernen Farbentechnik bedient. In dieser Hinsicht sei nur auf die unvergleichlichen Wiedergaben in der „Pratique dermatologique“ hingewiesen, die, bezüglich der Treue, mit der Natur in Wettstreit stehen.

Ziele der Balneotherapie.

Von **Prof. Dr. E. Heinr. Kisch** in Prag-Marienbad.

Der moderne Zug, den von der „Natur selbst“ dargebotenen Heilschätzen eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden, die in der Gegenwart sich stetig vollziehende Höherbewertung der physikalischen Heilmittel, das mit der mehrenden Entwicklung der Großstädte steigende Bedürfnis, die Sommerszeit möglichst in frischer Landluft zu verbringen, nicht zuletzt die Erleichterung und Verbilligung des allgemeinen Verkehrswesens — haben dazu beigetragen, den Besuch der Kurorte ganz bedeutend zu steigern, den Gebrauch der Quellen und Bäder an der Ursprungsstelle außerordentlich zu verbreitern, aber auch den wissenschaftlichen Ausbau der Balneotherapie wesentlich zu fördern.

Wenn auch immerhin die pharmakologischen Präparate, mit denen die Balneotherapie arbeitet, andersartige, viel kompliziertere und kombiniertere sind, als die in der Apotheke zubereiteten Medikamente; wenn gleich die bisherigen analytischen Methoden noch insuffizient sind, um uns ein klares Bild aller Komponenten, wie der eigentümlichen Komposition der Mineralwässer zu geben; so hat doch eine Reihe von Untersuchungen der Jüngstzeit, experimentelle Forschungen am Tiere, wie Beobachtungen am Krankenbette, wichtige Aufklärungen gebracht, welche der Erkenntnis von der Wirksamkeit und Wirkungsweise der Heilbäder und Brunnen zugute kommen.

Eine stattliche Reihe von experimentellen Untersuchungen liegt bereits vor, welche sich zur Aufgabe stellten, die Reizwirkungen der Mineralwässer von der Haut sowohl auf Einzelorgane, wie auf den Gesamtstoffwechsel zu studieren. Solchermaßen ist die Wirkung des *thermischen* Reizes, von der Temperatur des Bademediums ausgehend, des *chemischen* Reizes, welcher durch die in dem Bade enthaltenen Salze, Gase und flüchtigen organischen Substanzen hervorgerufen wird, endlich des *mechanischen* Reizes, veranlaßt durch die verschiedene Art der Anwendungsform des Bades, festgestellt worden. Und zwar auf die wärmeregulierende Tätigkeit des Hautorgans, auf Steigerung oder

Beschränkung der Wärmeabgabe, auf Vermehrung oder Verminderung der Wärmeproduktion des Körpers, ferner auf die Empfindungsqualitäten der peripherischen Nervenzellen, sowie reflektorisch auf die Zentren der Atmung, der Fortbewegung, auf motorische, trophische und sekretorische Zentren, weiters auf Innervationsvorgänge mannigfaltiger Art, auf Sekretionen und Exkretionen, auf Oxydation der Gewebelemente und Veränderungen in der Blutbildung und Blutzusammensetzung, sowie auf den Stoffumsatz.

Eine andere Reihe von Untersuchungen pharmakodynamischer Richtung hat zur Schätzung des Effektes der mit den Mineralwässern *i n n e r l i e h* dem Körper zugeführten Hauptbestandteile: des Chlornatriums, der Karbonate und Sulfate des Natriums und Magnesiums, des kohlensauren Kalkes und Eisens auf bestimmte Organfunktionen, wie auf den gesamten Stoffwechsel beigetragen. Und wir sind hiedurch in der Lage, die Indikationen für die einzelnen Gruppen der zu Trinkkuren benützten Heilquellen zu stellen.

Indes muß als ein Moment von charakteristischer Bedeutung betont werden, daß die Mineralwässer ihre wirksamen Bestandteile in kleiner Dosis, fein verteilt, leicht resorptionsfähig gemacht, enthalten und, was sie besonders heilkräftig gestaltet, daß sie in bemerkenswerter Kombination mehrere verschiedene, jedoch nach ähnlicher Wirkung hinzielende Stoffe enthalten, wodurch der große Effekt kleiner Gaben gesichert ist. Auch ist die Verteilung der Dosierung auf mehrere wiederholt des Tages verabreichte Trinkgaben als ein die Resorption befördernder, die Gewebstätigkeit, sowie die Sekretions- und Exkretionsvorgänge anregender Faktor nicht außer Betracht zu lassen. Inwieferne endlich die Dissoziation der die Mineralwässer darstellenden Salzlösungen auf gewisse Bewegungsvorgänge osmotischer Kräfte im Organismus einen intimeren Einfluß übt, läßt sich jetzt nur vermutungsweise annehmen.

Jedenfalls müssen wir an dem leitenden Gesichtspunkte festhalten, daß wir es in der Balneotherapie mit Mitteln zu tun haben, welche eine machtvolle Reizwirkung auf das einzelne erkrankte Organ und seine Lebensäußerung, zugleich aber nicht minder auf den funktionellen Stoffwechsel des gesamten, den Organismus bildenden Zellstaates üben und daß es Aufgabe des Brunnenarztes ist, die Grade der Reize dem Einzelfalle entsprechend abzustufen, die Reizwirkung den durch sie zu erzielenden Aenderungen anzu-

passen. Wo die experimentelle Forschung in dieser Hinsicht bisher noch Lücken gelassen hat, muß die Erfahrung ergänzend aus-
helfen, und zwar nicht die kritiklose, selbstgefällige Altersempirie,
sondern jene geläuterte Erkenntnis, welche der denkende Heil-
künstler aus zahlreich gesammelten guten Beobachtungen zu
schöpfen in der Lage ist. Solcherart ist an dem von Hugo Schulz
aufgestellten biologischen Grundgesetze festzuhalten, das für die
Verwertung der Heilquellen ganz besonders giltig ist: „Kleine Reize
fachen die Lebenstätigkeit an, mittelstarke fördern sie, starke
hemmen sie und stärkste heben sie auf.“ Diesem Gesetze ent-
sprechend, hat der Balneotherapeut bei Anwendung der Heil-
quellen zum innerlichen, wie äußerlichen Gebrauche, die Stärke
des Reizes zu dosieren, welche der individuellen Reizempfindlich-
keit und der durch krankhafte Vorgänge veränderten Erregbarkeit
entspricht, damit die Einwirkung durch die Mineralwässer eine
zweckbewußte sei.

Die Umwertung der balneologischen Heilmittel zur zielbe-
wußten Heilmethode erfolgt aber erst recht eigentlich durch
die den Kurorten eigentümlichen lokalen Verhältnisse, durch die
innige Verknüpfung mit den Machtmitteln der Ernährungstherapie
und Hygiene, welche es gestatten, daß parallel mit dem Effekte
des Trinkens und Badens zu gleicher Zeit durch die Ernährungs-
und Luftverhältnisse eine gleichsinnige Aenderung der Propor-
tionen der integrierenden Blut- und Säftbestandteile herbeige-
führt wird. Hierbei müssen die Forschungen der Gegenwart auf
dem Gebiete der Physiologie des Stoffwechsels und der Ernährung,
die Ergebnisse der Lehre von der Bedeutung der Nährstoffe im
Körperhaushalte und von der Art der zweckmäßigen Darreichung
dieser Stoffe zur Deckung des Bedarfes und zur Erzielung von
Ansatz in praktischen Gebrauch übersetzt werden. An den Quellen,
an denen vorwiegend Personen mit chronischen Organerkrankungen
und konstitutionellen Veränderungen ihr Heil suchen, ist es uner-
läßlich, in Erwägung zu ziehen, in welcher Weise neben dem
Quellgebrauche die individuelle Ernährung den Wandlungen des
Stoffwechsels, dem Zustande der Verdauungsorgane, der Be-
schaffenheit des Blutes, dem geänderten Bedürfnisse potentieller
Energie, angepaßt werden muß.

Und ähnlich dem Ernährungsprobleme, ist dem Einzelfalle
das den kurörtlichen Verhältnissen des Klimas, der Höhenlage, Be-
waldung und Bodenbeschaffenheit anhaftende hygienische Moment

anzupassen, sowie der bedeutende physische und psychische Eingriff, welcher in dem Verlassen der Heimat gelegen ist, in dem Versetzen des Kranken in eine neue Umgebung, in ein günstigeres Milieu, mit dem Troste gleich leidender Kurgenossen und der belebenden Hoffnung eines neuen Arztes. Auch hier eine Fülle intensiver, auf das somatische und psychische Gebiet einwirkender Reize, welche vielerlei Reflexe zur Umänderung des Stoffwechsels auszulösen vermögen, zur Erhöhung der im Organismus vorhandenen Reserveenergien, zur Schaffung neuer Spannkkräfte, zur Bewältigung der Abweichungen von der Lebensnorm, zur Unterstützung der natürlichen Heilungsvorgänge.

Günstig fördernden Wandel zur Aufklärung dieser Beeinflussungen werden die (nach meiner Anregung) jetzt erstehenden balneologischen Untersuchungsanstalten in den einzelnen Kurorten schaffen. Durch diese Laboratorien wird es vorerst ermöglicht sein, eine wirklich naturgetreue physikalisch-chemische Analyse eines Mineralwassers an der Ursprungstelle herzustellen, und so gleichsam an einer Vivisektion dieser Quelle ihr wahres lebensvolles Bild zu erhalten und nicht erst an dem versendeten Mineralwasser, welches selbst bei bester Füllung immerhin Veränderungen des molekularen Zusammenhanges aufweist, die Sektion eines Kadavers anzustellen.

Und von erhöhtem Werte und Bedeutung werden die Stoffwechseluntersuchungen sein, welche diese Laboratorien an den Patienten direkt unter den Einflüssen des Kurlebens vorzunehmen in der Lage sind. Bei dieser Ursprünglichkeit und Unmittelbarkeit der Einwirkung der balneotherapeutischen Heilmethode werden sich andere und weit mehr der Wirklichkeit und Wahrheit entsprechende Resultate ergeben, als wenn, wie dies bisher geschah, von manchen klinischen Beobachtern in den dumpfen abgesperrten Hospitalräumen der Stadt vier Wochen lang ein Kurexperiment mit dem Trinken eines Mineralwassers vorgenommen wird, das im schlecht versendeten Zustande an einem armen Spitalspflegling vorgenommen, die günstigen Ergebnisse der Kurärzte schwerlich bestätigen kann. Für bestimmte Fälle von Untersuchungen, welche eine strengere Ueberwachung erfordern, werden die Kurhospitäler, welche die günstigen salubren und hygienischen Bedingungen des Kurortes bieten, ergänzende Gelegenheit bieten.

Auf solche Weise wird wohl in absehbarer Zeit Theorie und Praxis sich zur Aufhellung der Wirkungsart der Heilquellen ver-

binden und gemeinsam die wissenschaftliche Fundierung der Balneotherapie vollenden. Auf solche Weise werden die Kurorte zu wirklichen Kliniken physikalischer Richtung für an chronischen Organerkrankungen und Stoffwechselkrankheiten leidenden Individuen werden.

Ueber die Behandlung der Mastdarmfisteln.

Von **Dr. Julius Sternberg** in Wien.

(Schluß.)

Die häufigsten Ursachen der Abszeß- und der Fistelbildung, (Verletzungen der Lacunae Morgagni oder anderer Schleimhautstellen, direkte Infektion der submukösen Lymphnetze, vereiterte thrombierte Hämorrhoidalknoten u. ä.) bedürfen keiner besonderen Besprechung, jedes Lehrbuch unterrichtet uns darin gründlich. Ebenso ist es wohl nicht nötig, die bisher allgemein übliche operative Behandlung der Mastdarmfisteln ausführlich zu beschreiben. Das Prinzip ist, das röhrenförmige Geschwür in ein flächenhaftes, nach dem Darne zu offenes zu verwandeln, welches dann mit oder ohne antiseptische Kautelen, mit oder ohne beeinflussende Agentien, der Granulation überantwortet wird. Seit Jahrhunderten werden manchmal auch Narbenstränge oder Granulationsmassen entfernt, wenn sie voraussichtlich störend auf die Heilung der Wunde einzuwirken scheinen.

Das Werkzeug zur Erreichung dieses Zieles — der Umwandlung der Fistel in eine Rinne — ist natürlich in jeder Hand ein anderes. Der eine schiebt eine Leitsonde ein und durchfährt Mukosa, Submukosa und Sphinkter mit dem Bistouri, der andere zieht mit einer geöhrtten Sonde einen Seidenfaden, ein dritter ein dünnes Gummidrain durch die Fistelöffnungen — nachdem eventuell die „innere“ Oeffnung erst noch erbohrt worden ist — und knüpft die Ligatur; andere schwören auf den Thermokauter, die moderner Eingrichtungen auf die GlühSchlinge.

Viele begnügen sich mit der Eröffnung des Hauptganges und verachten die seitlichen Ausläufer. Die Erfahrenen und Gewitzigten suchen aber die Nebengänge sorgfältig auf, spalten womöglich die Buchten und kratzen wenigstens nach allen Richtungen hin die Granulationen ab.

Daß eine solche große Wunde, welche nach wenigen Tagen schon der Einwirkung der Kotmassen ausgesetzt ist, se h r l a n g e r

Zeit zur Heilung bedarf, ist klar und bekannt. Die ältesten Autoren ebenso wie die aus dem zwanzigsten Jahrhundert beanspruchen dafür sechs Wochen bis sechs Monate. Daran hat weder die moderne Operationstechnik, noch der Ausbau der Wundbehandlung etwas geändert. Die tötlichen Ausgänge so mancher roher Operationen der Analfistel in früheren Jahrhunderten, die schrecklichen Kloaken, von denen wir mit Schauern lesen (Sprengel), sind freilich verschwunden; aber diese waren nie Folgen der Operation als solcher, sondern ihrer Ausführung durch gewissenlose Hände.

Die einfachen submukösen und subkutan-submukösen Fisteln sind nun allerdings in dieser alten Weise am besten zur Heilung zu bringen. Die Granulationsfläche ist, wenn sie auch nur kurze Zeit tamponiert gewesen war, kaum empfindlich; die Behandlung (Aetzungen, Auflegen von Salbe, Watte oder Gazebäuschchen, Bäder) belästigt den Kranken nur wenig. Die Funktion der Sphinkteren, welche weder durch den Krankheitsprozeß, noch durch den Eingriff merklich in Mitleidenschaft gezogen waren, ist nicht bedroht. Eine unvollständige, etwa brückenartige Vernarbung, so daß an der gleichen Stelle sich wieder eine Fistel bilden würde, ist nicht zu befürchten.

Liegt die Abszeßhöhle — ohne Nebengänge — im ischiorektalen Zellgewebe, ist also die offene Durchschneidung des Sphinkter externus oder gar beider Sphinkteren zur Eröffnung des Hohlgeschwürs nötig geworden, so hat diese Methode bereits einen wesentlichen Nachteil im Gefolge, die Inkontinenz, welche bis zur Vereinigung des Muskelringes eine absolute ist und erst dann, also nach einigen Wochen, allmählich abnimmt. Freilich hängt diese Besserung ausschließlich von der Zahl der Schnitte, ihrer Lage und ihrer Stellung zu den Muskelfasern ab. Die Inkontinenz ändert sich nicht, wenn mehr als ein Schnitt den Muskel durchsetzt; sie fällt weniger ins Gewicht, wenn der Schnitt in der Medianlinie, vorne oder noch besser hinten, liegt; sie bleibt bedeutend, wenn der Schnitt von der radiären Richtung abweicht, also den Verlauf der Muskelfasern unter einem spitzen Winkel kreuzt oder gar ihnen parallel verläuft. In den glatt verlaufenden Fällen, wenn nur wenig Narbengewebe zwischen die getrennten Fasern interponiert wird, gestaltet sich die Funktion des Verschlußapparates gewiß wieder normal; war aber die Fistelröhre, wie gewöhnlich, gerade am Sphinkter etwas weiter und die umgebenden

kallösen und Granulationsschichten daselbst dicker, so bildet sich eben an dieser Stelle massiges Narbengewebe, in welches die Sphinkterfasern inserieren, und der Schließmuskelring wird zumindest exzentrisch verzogen, gewöhnlich aber bleibt er offen, U-förmig. Damit ist aber auch die exakte Funktion auf die Dauer in Frage gestellt und die Leute sind für Winde und flüssigen Stuhl inkontinent. Die große Mehrzahl der ischiorektalen Fisteln bewegt sich an der seitlichen Umrandung des Darmrohres, nicht in der Raphe. Damit ist auch der Hinweis auf den häufig ungünstigen Ausgang der bisherigen Behandlung bei diesen Formen gegeben. Und dabei handelt es sich nur um einfache Fisteln. Manche Chirurgen operieren deshalb auch diese einfachen Fisteln gar nicht, wenn bei der Operation der Sphinkter durchtrennt werden müßte.

Fast machtlos — in Bezug auf dauernde Heilung und Wiederherstellung des Schließmuskelapparates — steht der Chirurg mit der alten Therapie den „komplizierten“ Fisteln gegenüber, welche mit ihren Seitengängen, Abschnürungen, sekundären Oeffnungen im Rektum und in der Perineal- und Gesäßhaut das oft erzählte rücksichtslose Wegschneiden der ganzen erkrankten Masse ohne weitere Fürsorge fast begreiflich machen könnten. Wenn da nicht alle Kanäle und Höhlen sorgsam aufgesucht und mit dem Darmrohr in klaffende Verbindung gebracht worden sind, bleibt der Zustand der Kranken, weil trotz mehrfacher Operationen immer wieder Fisteln resultieren, jahrelang ein kläglicher: die permanente Sekretion von Eiter und Rektalschleim belästigt in peinlichster Weise, die Haut wird mazeriert, die Haltung, der Gang wird gezwungen, jede körperliche Tätigkeit, fast jede freie Bewegung ist ohne unwillkürlichen Abgang unmöglich. Und solche Patienten sind nicht selten, welche, nach jahrelangen Rundfahrten bei allen möglichen Operateuren, so resigniert, wie es D a m a s schildert,*) ihre Fistel weiter tragen. — Und ist andererseits die erwünschte „gute Vernarbung“ eingetreten, so gibt es recht häufig solche Verziehnngen und Deformierungen der Sphinkteren, daß man selbst die „relative“ Inkontinenz als Geschenk der gütigen Mutter Natur dankbar bewundern muß; denn wir sehen ja auch genug Fälle, welche durch die narbigen Strikturen übermäßig leiden.

Es ist begreiflich, daß vielfach Versuche angestellt worden sind, um diesen traurigen Folgen vorzubeugen. Das Nächstliegende,

*) „J'avais une fistule, on m'opéra, j'eus alors une large plaie dont j'ai enfin guéri; après je n'eus plus que ma fistule.“

die Naht des Sphinkter, ziemlich früh oder im Stadium voller Granulation nach gehöriger Anfrischung (Nicaise), kann wohl nur selten von Nutzen sein, weil ja dadurch die oberhalb gelegene granulierende Partie wieder unter ungünstige Bedingungen gebracht wird. Sie dürfte darum nicht allzuhäufig ausgeführt worden sein.

* * *

Unter diesen Umständen ist es eigentlich verwunderlich, daß von einer Methode so selten Gebrauch gemacht wird, welche den Ausbau und Abschluß der klassischen Operation der Mastdarmfistel darstellt, und, wie so manche andere, einen vollen Erfolg verbürgende Operation, nur auf dem Fundament der heutigen Technik basiert werden konnte.

Wir meinen die Exstirpation der Fistel mit primärer Naht der Wunde.

Der Eingriff wurde mit Erfolg zuerst vor etwa 20 Jahren in vereinzeltten Fällen von amerikanischen Chirurgen (Jenks, Smith) versucht, dann von Lange systematisch erprobt und eifrig propagiert. In Amerika sind der Methode zahlreiche Anhänger erwachsen und durch Quénu u. a. auch die französischen Chirurgen dafür interessiert worden. Von deutschen Operateuren scheinen sich aber nur wenige und nur in ganz einfachen Fällen (Rotter) ihrer zu bedienen, obwohl sie schon frühzeitig von Sandler dringend angeraten wurde. In ausgedehntem Maße verwendet sie Gersuny. Die nachfolgenden Mitteilungen verwerten mehr als 100 Fälle, welche im Rudolfinerhause teils von Gersuny, teils von uns und anderen Kollegen operiert worden sind.

Die Grundlage des Verfahrens bildet die vollständige Entfernung aller Fistelgänge und Narbenzüge, so daß eine ganz reine, von Narbengewebe freie Wunde resultiert. Erst dann kann an die Vereinigung geschritten werden.

Es ist begreiflich, daß eine derartige Operation nur in allgemeiner Narkose ausgeführt werden kann. Ebenso gehört dazu eine sorgfältige Vorbereitung der Patienten. Als Assistenz benötigt der Operateur zwei Hände zum Freihalten und Fixieren des Terrains, ob nun der Kranke in Seiten- oder Steinschnittlage postiert ist. Letztere ist bei weitem vorzuziehen, macht aber zwei Assistenten wünschenswert. Schon diese Erfordernisse

zeigen uns, daß die Methode dem Praktiker die Behandlung erschwert und die Kranken dem speziell ausgerüsteten Chirurgen, bzw. dem Krankenhaus zu führen muß. Es ist daher hier auch nicht der Ort, die chirurgisch-technischen Details zu geben. *) Nur Folgendes sei noch hervorgehoben:

Nach der Spaltung der Haupt- und Nebenkanäle, welche gewöhnlich schrittweise vor sich geht, erfolgt die exakte Exzision des durch die Hohlgänge, Granulationen und Narben substituierten Gewebes (Haut, Unterhautzellgewebe, gelegentlich auch Muskelpartien aus dem Sphinkter externus), als ob es sich um die Ausrottung eines bösartigen Neubildes handeln würde. Dabei ergibt sich manchmal die Notwendigkeit, zur Vereinfachung der Wundverhältnisse gesundes Gewebe zu opfern, welches in Gestalt von Kulissen oder Keilen in die Wundhöhle ragt. Die so geglätteten Wände werden, nachdem die größeren Gefäße versorgt sind, durch vollständige Flächennaht sorgfältig zur allseitigen Berührung gebracht. Die Fäden umgreifen, wie bei der Operation alter Darmrisse, auf $\frac{1}{2}$ bis 1 cm Entfernung vom Wundrand die Wundhöhle von außen, erscheinen also nirgends in der Höhle selbst, und werden über der Haut geknotet. Die Etagnähte sind nicht zu empfehlen. Besonders genau müssen Sphinkteren und die Rektalschleimhaut genäht werden. Oberflächliche Nähte, eventuell mit Drainage, adaptieren die Haut. Oft ist eine weitgehende Perineoplastik (besser Glutäalplastik) mit Hilfsschnitten erforderlich. — Auf den Verband ist besondere Sorgfalt zu verwenden. — Der erste Stuhlgang soll nicht allzu lange hinausgeschoben, sondern innerhalb der ersten drei bis vier Tage provoziert werden, so lange die Nähte noch festsitzen und das Auseinanderweichen der Wundränder verhindern.

Am Ende der zweiten Woche kann mehr Bewegung gestattet werden und um diese Zeit erfolgt das Entfernen der Nähte. Die einfacheren Fälle sind eigentlich damit erledigt; gelegentlich granulieren noch kürzere Hautstrecken wenige Tage lang. In komplizierten Fällen, bei denen z. B. die Haut nicht überall vereinigt werden konnte oder nachträglich spannende Nähte gelöst werden mußten, oder wo Drainage ratsam war, erfordert die Wundbehandlung noch einige Zeit, welche aber in keinem Verhältnisse zur Dauer der Heilung der ganzen Fläche per granulationem steht.

* * *

*) Diese werden anderwärts mitgeteilt werden.

Aus dem eben Angeführten ist schon ersichtlich, daß die Exstirpation mit primärer Naht durchaus nicht bloß auf die einfachen Fisteln beschränkt blieb. Im Gegenteil. Es wurden auch die kompliziertesten Fälle mit ausgedehnter Unterminierung der Haut und Schleimhaut, mit starren Narbenmassen, mit Inkontinenz verschiedenen Grades dem geschilderten Verfahren unterzogen. Auch mehrere der berüchtigten kommissuralen Fisteln befanden sich unter diesen. Etlichen Kranken war nach mehrfachen erfolglosen Operationen von gewiegten Chirurgen ein weiterer Eingriff als aussichtslos abgelehnt worden.

Und der Erfolg rechtfertigte in den allermeisten Fällen den eingeschlagenen Weg. Von 105 in den Jahren 1887—1901 so operierten Fällen konnten 82 als geheilt und vollständig kontinent entlassen werden, nachdem die Vernarbung in kurzer Zeit und ohne Zwischenfälle erfolgt war. Und sonderbarerweise befanden sich gerade die meisten der „komplizierteren“ Fälle, für deren glatten Verlauf wir ernste Besorgnis oft hatten, unter diesen.

Es soll nicht verschwiegen bleiben, daß in etwa 20 Fällen die primäre Vereinigung der ganzen Wundflächen nicht gelungen ist. Es vernarben nur die Muskel- und angrenzenden Hautwunden, eine neue Fistel etablierte sich. Wahrscheinlich hielten die höheren Schleimhautnähte nicht dicht und die Wundspalte wurde infiziert. In diesen Fällen, darunter auffallend „einfache“, wurde die junge Narbe mittels elastischer Ligatur getrennt, einigemal die Operation wiederholt, zumeist aber die offene Granulation abgewartet. Und auch hier konnte eine wesentliche Abkürzung der Heilungsdauer festgestellt werden. Die Kontinenz blieb in solchen Fällen mangelhaft. In einem Fall brachten erst mehrfache Vaselineinjektionen die volle Kontinenz zustande. In drei Fällen mißlangen auch wiederholte Operationen. Zwei dieser Patienten waren phthisische Individuen. Es bildeten sich stets neue Gänge aus, neue Durchbrüche erfolgten in die Haut und die Kranken kamen ungeheilt außer Beobachtung.

Jedenfalls müssen die mitgeteilten Heilerfolge als durchaus zufriedenstellende bezeichnet werden. Die Erhaltung, bezw. Wiederherstellung der Funktion der Schließmuskeln ist das eine, die Befreiung von der Eiter- und Schleimabsonderung das andere Postulat, welche wir für die Kritik der Operation der Mastdarmfistel aufgestellt

haben. Beiden Postulaten kommt die Exstirpation mit primärer Naht nach.

Und einen ganz bedeutenden Gewinn in jeder Hinsicht bildet die wesentliche Abkürzung der Behandlungsdauer.

Auf der anderen Seite stehen allerdings der Spitalsaufenthalt und die etwas längere Narkose mit ihren Schwierigkeiten. Aber die Vorteile überwiegen weitaus. Und selbst im Falle des Mißlingens des Eingriffs ist der Zustand des Patienten derselbe, wie nach der günstig verlaufenden klassischen Operation.

Es werden sich bei ausgedehnterer Anwendung des Verfahrens wohl noch neue Gesichtspunkte für eine präzise Indikationsstellung finden lassen. Es fragt sich unter anderem noch, welche Zeit man nach den Entzündungserscheinungen der Periproktitis verstreichen lassen soll, ehe man die Fistel als exstirpabel bezeichnen darf. Wir wissen nicht sicher genug, welche speziellen Fälle lokaler Tuberkulose als Indikationen, welche Grade allgemeiner Erkrankung als Kontraindikationen figurieren. Unter unseren Fällen sind beide Gruppen unter den glatt geheilten, beide auch unter den mißlungenen Fällen vertreten. Ein Fall von aktinomykotischer Zerstörung verhielt sich nicht anders als die anderen gut geheilten. Wir müssen uns eben noch mit dem geistreichen, aber leider nicht maßgebenden Diktum Quénu's begnügen: „Toutes les fistules sont justiciables de la réunion primitive, tous les fistuleux ne le sont pas.“

Fassen wir unsere Ausführungen zusammen, so wird der Satz lauten:

Bei allen ischiorektalen und bei allen komplizierten Mastdarmfisteln ist die Exstirpation der Fistel mit primärer Naht der ganzen Wunde auszuführen.

Zur Frage der Abhärtung.

Von **Dr. B. Buxbaum.**

(Schluß.)

Es ist nicht überflüssig, speziell hier noch auf die qualitativen Unterschiede in der Methode der Abhärtung hinzuweisen.

Man unterscheidet milde und strenge Abhärtung im Kindesalter. Ich betone es nochmals: es gibt nur ein streng individualisierendes Verfahren. Die mildeste Prozedur kann für gewisse Kinder ein äußerst strenges Verfahren darstellen, auch für dasselbe Kind kann ein und dasselbe Verfahren unter verschiedenen Umständen einmal als zu mild, ein anderes Mal als zu strenge sich erweisen, wie es häufig beobachtet wird, wenn die noch zu besprechenden Verhältnisse nicht in Betracht gezogen werden. Interessant und erwähnenswert ist die Tatsache, daß viele Aerzte, die stets die Anwendung einer „milden“ Wasserkur verlangen, wenn es sich um Behandlung von Erkrankungen handelt, das Wort „energisch“ in der Verordnung von Abhärtungskuren nicht genug betonen können. Was die Applikationsform anbelangt, so eignet sich für das Kindesalter am besten das Bad in den verschiedenen, jedoch entsprechenden Temperaturen mit darauffolgenden kurzen Uebergießungen, ferner die Teil- und Ganzabreibungen. Die Duschen halte ich für unzweckmäßig wegen des zu starken Nervenreizes. Hat man es mit verweichelichten Erwachsenen zu tun, dann kann man ebenfalls in der verschiedenen Weise vorgehen, um das Ziel der Abhärtung zu erreichen. Es wurde schon erwähnt, daß unter Umständen auch die trockene Abreibung ein gutes vorbereitendes Verfahren ist. Nur in dem Sinne wären auch die von Dettweiler empfohlenen trockenen Abreibungen weiter zu empfehlen. Ich würde teilweise und ganze feuchte Abreibungen nach entsprechender Erwärmung allen anderen Verfahren vorziehen, wenn diese nicht aus anderen Gründen in den meisten Fällen undurchführbar wären. Die behufs Abhärtung vorzunehmenden Prozeduren müssen ohne technische Schwierigkeiten, ohne Hilfe eines Badedieners durchgeführt werden können. Nur in den seltensten Fällen ist es möglich, gut geschultes Personal täglich zur Verfügung zu haben. Deshalb sind wechselwarme Duschen, Waschungen, kurze Tauchbäder unmittelbar aus der Bettwärme die geeignetsten Prozeduren. Auch hier ist vor jeder Uebertreibung zu warnen und ist, wie kurz erwähnt, die Berücksichtigung des Gesundheits- und Ernährungszustandes das beste Mittel, um Uebertreibungen hintanzuhalten.

Ich habe es oft gesehen, daß die Abhärtung im Stadium der Rekonvaleszenz mit einem unerklärlichen Fanatismus begonnen wird. Kinder werden nach kaum überstandenen Masern oder Lungenentzündungen, Erwachsene nach Ablauf einer Pneumonie mit den kältesten Prozeduren behufs Abhärtung behandelt. Das

sind Uebertreibungen, deren üble Folgen selten ausbleiben. Wer während der Erkrankung mit den üblichen fieberwidrigen Wasserprozeduren behandelt wurde, wird diese in der Rekonvaleszenz und nach ihr mit Erfolg fortsetzen können. Wenn dies nicht der Fall war, dann ist zumindest dieselbe Vorsicht geboten wie bei verweichlichten Personen. Daß anämische Menschen anders behandelt werden müssen als plethorische, torpide, fettleibige anders als erregbare, in ihrer Ernährung herabgekommene, versteht sich von selbst. Und dennoch wird hier sehr viel gesündigt. Leider werden nicht immer die Mißerfolge der schlecht gewählten Methode zugeschrieben und oft genug höre ich von Leuten, die nach einer wegen eines chronischen Rheumatismus vorgenommenen Thermalkur einem Abhärtungsverfahren unterzogen wurden, daß sie dieses nicht gut vertragen hätten, ja daß sie wieder Schmerzen bekommen hätten. Die Anwendung eines Abhärtungsverfahrens nach Thermaluren halte ich in allen Fällen für dringend angezeigt. Nur darf man nicht vergessen, daß unter dem Einflusse einer dreißig- und mehrtägigen Thermalkur die Innervations-, die Zirkulations-, die Reaktionsverhältnisse beeinflusst wurden, ganz besonders dadurch, daß noch fast nirgends die im Anschlusse an eine wärmezuführende Prozedur höchst angebrachte tonisierende Applikation angewendet wird. Während wir so auf der einen Seite die Außerachtlassung jener Maßnahmen, welche Erkältungen vorzubeugen geeignet sind, beobachten, sehen wir auf der anderen Seite nach Vollendung der Thermalkur sehr oft übertriebene Abhärtungsverfahren einleiten, welche Verschlimmerungen der rheumatischen Affektionen hervorrufen. Weiter habe ich die Erkrankungen des Zirkulationsapparates im Auge; daß solche Menschen einer Abhärtung bedürfen, ist klar. Die Abhärtung besteht hier hauptsächlich in der Verhütung von Kompensationsstörungen, so weit dies im Bereiche der Möglichkeit liegt. Das Verfahren ist ein therapeutisches und prophylaktisches zugleich und ein dankbares Beginnen, wenn strenge individualisiert wird. Teilwaschungen und Teilabreibungen sind hier wohl die geeignetsten Prozeduren mit entsprechender Abstufung des thermischen und mechanischen Reizes. Ueber die Bedeutung der Abhärtung bei zur Tuberkulose geneigten Personen zu sprechen ist überflüssig. Nicht so überflüssig ist es aber, gerade hier vor Uebertreibungen zu warnen; übertrieben ist allerdings auch die Furcht vor niedrigen Temperaturen, wie ich dies schon früher einmal gegenüber Volland vertreten habe, übertrieben ist auch

die Anwendung niedriger Temperaturen ohne Vorbereitung, ohne vorbereitende Erwärmung. Die Prophylaxe deckt sich mit der Therapie anämischer, in ihrer Ernährung herabgekommener und träg reagierender Patienten.

Bei welcher Witterung soll mit der Abhärtung begonnen werden und soll das Verfahren auch in strenger Winterskälte fortgesetzt werden? Das sind Fragen, die im allgemeinen nicht beantwortet werden können, aber in jedem Einzelfalle berücksichtigt werden sollen; die zweite Frage darf wohl in den meisten Fällen bejaht werden. Wenn mit der nötigen Vorsicht, namentlich bezüglich des Verhaltens nach der Applikation, vorgegangen wird, dann dürfte das Risiko einer Fortsetzung des begonnenen Verfahrens keinesfalls größer sein als das der Unterbrechung. Was hier das, wie es scheint, besonders maßgebende subjektive Gefühl anbelangt, so wird wohl jeder aus seiner Erfahrung der Fortsetzung das Wort reden. Ueberhaupt muß eine wichtige Rolle in der Wahl der abhärtenden Prozedur das subjektive Empfinden der betreffenden Person spielen. Ganz besonders ist dies in der Kinderpraxis zu berücksichtigen. Die Angst vor einer zu kalten und kräftigen Prozedur, die einen kindlichen Organismus einmal befallen hat, ist kaum mehr zu bannen. Gesteigerte Erregung und Erregbarkeit mit allen ihren bekannten Folgezuständen, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit sind die Folgen eines Verfahrens, dessen Zweck Vorbanung sein sollte. Daß unter solchen Umständen Blutleere und Verfall sich entwickeln, ist natürlich; aber die falsche Methode der Abhärtung, nicht die Abhärtung selbst darf zur Verantwortung gezogen werden. Geradezu erschreckend sind aber die Folgen jener in Laienkreisen oft geübten und nicht genug zu rügenden Methoden, bei welchen ein im warmen Bade sitzendes Kind „behufs Abhärtung“ mit einer eiskalten Uebergießung aus einem Kübel überrascht wird; mit solcher Abhärtung wird natürlich unendlich mehr geschadet als Nutzen gebracht.

Die Abhärtung bildet einen Teil der Hygiene. So wie es keinen Arzt gibt, der die Notwendigkeit hygienischer Vorschriften in Abrede stellt, so wird es wohl keinen geben, der nicht von der Notwendigkeit der Abhärtung im engeren Sinne, wie sie hier besprochen wurde, durchdrungen sein dürfte. Und die Aerzte werden in den ihrer Obhut anvertrauten Familien mehr und mehr bestrebt sein müssen, die einzelnen Familienmitglieder, soweit nur immer die Verhältnisse dafür günstig sind, zu einer rationellen Abhärtung

anzuhalten. Die Nützlichkeit ist außer Frage, ihre Durchführbarkeit scheidet freilich oft an den kleinen und großen sozialen Uebeln.

REFERATE.

Interne Medizin.

Ueber die Schleimkolik des Darmes (Colica mucosa) und ihre Behandlung. Von Prof. C. von Noorden und Dr. C. Dapper.

Das bis jetzt, wenn auch noch spärlich vorliegende anatomische Material lehrt, daß die Colica mucosa einerseits eine Teilerscheinung echter Enteritis sein, andererseits aber auch sicher ohne anatomische Erkrankung der Darmschleimhaut vorkommen kann und ist gerade letzterer Umstand für Pathogenese und Therapie besonders wichtig.

Auch die Ansichten neuerer Forscher richten sich immer mehr dahin, nicht mehr Enteritis membranacea und Colica mucosa streng von einander zu scheiden, sondern die Fälle ersterer Art als Komplikation der Entzündung mit der als Colica mucosa bezeichneten Sekretionsneurose aufzufassen.

Die meisten Fälle von Colica mucosa werden zwischen dem 20. und 45. Lebensjahre beobachtet, viel häufiger bei Frauen als bei Männern. Gewöhnlich sind der Erkrankung schon lange erhebliche Verdauungsstörungen vorausgegangen, teils Magenbeschwerden, namentlich nervöse Dyspepsie und Superacidität, teils Neigung zu Durchfällen, manchmal mit den bizarren Eigentümlichkeiten nervöser Diarrhöen. Unmittelbar vor Entwicklung der Colica mucosa hat jedoch fast ausnahmslos seit Wochen und Monaten hartnäckige Obstipation bestanden, öfters schon von Schleimabgang begleitet. In wenigen Fällen finden sich organische Darmleiden (Appendicitis, Dysenterie) in der Anamnese. Außerdem, besteht häufig Splenoptose oder chronische Genitalaffektionen. In allen Fällen der Vf. nahmen die Kranken aus diversen Gründen lange Zeit eine sehr einfache Kost wie bei Ulcus oder Katarrh des Magens, Cholelithiasis u. s. w. und waren fast alle Patienten durch diese strengen Diätikuren in der Ernährung zurückgegangen, 20—30 Pfund Gewichtsverlust war nicht selten. Ausnahmslos fanden sich Begleiterscheinungen

neurasthenischer oder hysterischer Natur. Der vollen Ausbildung der Krankheit gehen oft Schleimabgang mit hartem Kote und schmerzhafte Empfindungen im Bauche vorher. Dann kommt es zum eigentlichen Anfall, entweder nur zur schmerzlosen Entleerung von Schleim mit ganz wenig oder ohne Kot oder es gehen der Entleerung mehr oder weniger heftige peristaltische Unruhe und kolikartige Schmerzen voraus. Der Anfall ist entweder mit dem Ausstoßen des Schleimes vorüber oder er wiederholt sich noch durch mehrere Stunden oder Tage, nicht selten von Durchfällen begleitet. Nach dem Ablaufe des Anfalls folgt ein wochen-, selbst monatelanges Intervall, in welchem mehr oder weniger akzentuierte Verdauungsbeschwerden verschiedenster Natur die Kranken quälen.

Die Schleimmassen sind entweder locker, glasig, fast zerfließend, oder derbe, trockene und gewebeartige Gebilde vor-täuschend, zwischen welchen beiden Extremen verschiedenste Ueber-gänge, sogar zur selben Zeit, gefunden werden. Die dünnen Schleim-massen sind als frische Produkte, die derberen als durch Wasser-resorption eingedickt anzusehen. Da in den typischen Fällen oft lange Zeit hindurch gar kein Schleim entleert wird, endlich aber auf einmal große Massen offenbar älteren Schleims ausgestoßen werden, so darf man annehmen, daß erst durch die Mechanik des Anfalls die alten festhaftenden Massen losgelöst werden. Die ana-tomischen Befunde zeigen ebenfalls stets ein sehr festes Anhaften des Schleimes an der Schleimhaut. Durch heftige Darmbewegungen und Nachschübe frischen Schleimes unter die alten Massen werden diese von der unterliegenden Schleimhaut abgehoben und entleert. Offenbar liefert der festhaftende alte Schleim selbst den Anreiz zur Auslösung des Paroxysmus.

Die spastischen Darmkontraktionen erreichen oft außer-ordentliche Heftigkeit, die Schmerzen verbinden sich mit Uebel-keit, Erbrechen, so daß das Krankheitsbild an Darmverschluß er-innert. In leichten Fällen kommt es nur zu anfallsweiser Schleim-entleerung ohne besondere Krämpfe, je nach der Beschaffenheit des entleerten Schleims und der Reizbarkeit des betroffenen Indivi-duums. Vf. sind der Ansicht, daß die Colica mucosa nur auf dem Boden einer mehr oder weniger hochgradigen Darmträgheit ent-stehe, indem die Wasserresorption bei der Obstipation zu einer Austrocknung nicht nur der Fäces, sondern auch der abgesonderten Schleimmassen führe. Mit der Austrocknung gehen Elastizität und

Verschieblichkeit des Schleimes verloren, seine Klebrigkeit und Plastizität nimmt zu. Wenn dies zu einem gewissen Höhepunkt gelangt ist, wird der Anfall ausgelöst. Außerdem spielen zweifellos nervöse Einflüsse bei der Auslösung eine Rolle. Da nur ein kleiner Teil aller Fälle von Obstipation, auch der hartnäckigsten, zu Colica mucosa führt, geht es nicht an, die vermehrte Schleimproduktion bloß auf die Obstipation zurückzuführen. Es muß noch eine besondere Anomalie des die Schleimsekretion des Dickdarms beherrschenden nervösen Apparates, also eine Sekretionsneurose, hinzugenommen werden, wenn nicht etwa entzündliche Erkrankung die Hypersekretion bedingen sollte. Gegen letzteres Moment sprechen sowohl anatomische Befunde als klinische Erfahrung.

Die Behandlung ist symptomatisch gegen die Anfälle und kausal gegen die Obstipation und das nervöse Allgemeinleiden zu richten. Im Anfall ist zur Beruhigung des Darmes vor allem Bett-ruhe angezeigt, verbunden mit heißen Umschlägen auf den Leib. Abführmittel sind nicht ratsam, dagegen Narkotika, sei es als Morphininjektion, sei es als Suppositorien wie Extr. Opii, Extr. Belladonnae aa 0.04, welche fast ausnahmslos den Schmerzanfall beseitigen. Die nächste Indikation ist die Entfernung der Schleim-massen. Wassereinflüsse von Körpertemperatur befördern schmerzlos große Mengen von Schleim heraus. Allerdings darf man keine reizenden Stoffe wie Kochsalz, Glyzerin Seife beifügen, da man sonst damit einen wahren Paroxysmus von Schmerz und Spasmus des Darmes erzeugt, welcher das Eindringen des Wassers in die höheren Darmabschnitte verhindert. Ferner ist zu bemerken, daß das erste Klysma nur Schleim herausbefördert, während weiter oben, wo das Wasser infolge der spastischen Darmkontraktion nicht hindrang, fast immer harte Kotmassen liegen, die unbedingt entfernt werden müssen. Deshalb gibt man 1—2 Stunden nach dem Wassereinguß ein möglichst hoch geführtes Oelklystier (300 bis 500 cm³), welches möglichst lange gehalten werden soll. Gewöhnlich sinken die Kranken dann unter dem Einfluß des Narkotikums in Schlaf; nach dem Erwachen werden Oel, Schleim und Kot schmerzfrei entleert, der Anfall ist überwunden.

Die kausale Behandlung muß in erster Linie der Darmtätigkeit Beachtung schenken, weil man durch deren Regelung jede Colica mucosa mit Sicherheit rasch heilen kann. Obzwar man durch möglichste Schonung des Darmes, also reizlose, schlaackearme, einfache Kost und systematische Oelklysmen die motorische

Leistungsfähigkeit des Darmes bessern kann, scheinen doch bei dieser Behandlung Rückfälle nicht selten zu sein. Deshalb hat v. N o o r d e n schon vor Jahren auf Grund langer Erfahrung den Kranken mit Colica mucosa gerade eine sehr grobe und an unverdaulichen Schlacken reiche Nahrung, namentlich mit reichem Gehalt an Zellulose gegeben. Diese fällt im Darm zum Teile bakterieller, sehr langsamer Zersetzung anheim; die durch diese Zersetzung entstehenden Gase verhindern die Bildung harter Kotklumpen. Der bei zellulosereicher Kost entleerte Stuhlgang ist stets weich, wodurch gerade diese Ernährungsweise für die Kranken mit Colica mucosa angezeigt erscheint. Bei dieser Diätetik bedarf es keiner weiteren Unterstützungsmaßregeln durch Oelklystiere etc. Erleichtert wird der Erfolg durch den Gebrauch gewisser Mineralwässer, wie Kissingen, Homburg und andere Kochsalzquellen, dagegen ist vor Karlsbad und anderen alkalischen Wässern zu warnen. Ein weiteres Hilfsmittel ist Massage des Dickdarms, besonders der Flexura sigmoidea, welche jedoch nur bei der schlackenreichen Nahrung vorteilhaft wirkt, sonst aber, bei strengen diätetischen Maßregeln, direkt kontraindiziert ist.

Die Kost enthält neben den gewöhnlichen Speisen Hülsenfrüchte, zellulosereiche Gemüse, grobschalige und kleinkernige Früchte, Speck, Fett, namentlich aber große Mengen groben Schrotbrotes. Bei dieser Kost verbleiben die Kranken 3—5 Wochen. Nachdem Regelung des Stuhlganges eingetreten ist, kehrt man zur gewöhnlichen Lebensweise zurück. Erfolg ist dann erst erreicht, wenn die Kotbildung und Austreibung dauernd normal bleibt. Dann wird auch die Colica mucosa nicht wiederkehren.

Daneben ist auch der allgemeine Ernährungszustand zu berücksichtigen. Da es sich meist um in der Ernährung herabgekommene, nervöse Individuen handelt, für welche eine Mastkur angezeigt ist, ist Besserung des Ernährungszustandes Vorbedingung dauerhafter Besserung. Es ist also das Ziel jeder Kostordnung, Gewichtszunahme der Kranken zu erreichen, was am ehesten durch gewaltige Steigerung der Fettzufuhr gelingt. Zunahmen von 6—16 kg, durchschnittlich 10 kg, wurden in 3—6 Wochen stets erreicht. Von hydrotherapeutischen oder elektrischen Prozeduren ist zum mindesten während der ersten vier Wochen völlig abzusehen.

Die Erfolge waren in 79% der Fälle vollständige. — (Samml. klin. Abhandl., H. 3.)

Weiterer Beitrag zur Ursache und spezifischer Heilung des Heufiebers. Von Prof. Dr. Dunbar.

Dunbar hat bereits in einer monographischen Bearbeitung die verschiedenen Hypothesen und Theorien, betreffend die Ursache des Heufiebers, eingehend besprochen und kritisiert. Alle Autoren sind mit wenigen Ausnahmen darüber einig, daß die Erkrankung an Heufieber eine individuelle Disposition voraussetzt, daß aber die Auslösung nur durch eine äußere Ursache zustande kommt. Das die Anfälle auslösende Moment wird seit ungefähr 30 Jahren allgemein in dem Blütenstaube verschiedener Pflanzen gesucht. Erst später sind Zweifel an der Bedeutung des Blütenstaubes laut geworden. Vf. versuchte zu sicheren Aufschlüssen betreffs des Heufiebererregers zu gelangen, wenn es möglich sein würde, den Erreger rein zu gewinnen und mittels desselben, unabhängig von Temperatur und Witterungsverhältnissen und außerhalb der kritischen Jahreszeit Heufieber zu erzeugen, wenn es ferner gelingen würde, zu beweisen, daß der fragliche Erreger nur auf disponierte Personen wirkt, anderen gegenüber jedoch wirkungslos bleibt.

Dunbar ist nun der Beweis gelungen, daß die Pollenkörner von Roggen, Gerste, Weizen, Reis, Mais und zahlreichen anderen Gräserarten Substanzen enthalten, welche bei zu Heufieber neigenden Personen alle Erscheinungen des Heufiebers auslösen, anderen Personen gegenüber aber völlig unwirksam sind. Dagegen erwiesen sich die Pollenkörner aller übrigen untersuchten Pflanzen, wie Linden, Rosen, Wermut, welche von anderen Autoren als wirksam angesehen wurden, als völlig wirkungslos. Ferner wurde festgestellt, daß nicht nur die vom Trigemini versorgten Schleimhäute für das Heufiebergift empfänglich sind, sondern auch die übrigen Schleimhäute, z. B. die des Rectums. Es gelang experimentell, im Dezember und Jänner positiven Erfolg zu erzielen, so daß also auch die Disposition der Heufieberpatienten nicht von der Jahreszeit abhängt. Ferner wurde bewiesen, daß nicht die ätherischen Bestandteile der Pollenkörner deren wirksame Substanz repräsentieren, sondern diese in Aether, Alkohol, völlig unlöslich, in Wasser, Kochsalzlösung, Tränen- und Nasensekret, Speichel und Blutserum leicht löslich sei. Dunbar meint, daß die wirksame Substanz durch die, übrigens nicht aus reinem Amylum zusammengesetzten Stärkestäbchen, welche den Hauptbestandteil der Gräserpollenkörner darstellen, repräsentiert wird. Wahrscheinlich ist der

wirksame Bestandteil ein in diesen Körnern enthaltener eiweißartiger Körper. Es gelang auch bei subkutaner Anwendung einer Lösung dieses Pollentoxins typische Heufieberanfalle auszulösen, während bei Nichtdisponierten die Applikation völlig wirkungslos blieb. Alle zahlreichen Versuche führten zu dem positiven Resultat, daß es gleichgiltig sei, ob die Pollenkörner eingeatmet oder die wirksamen Substanzen in Lösung ins Auge oder in die Nase, oder subkutan beigebracht wurden.

Eine neue Versuchsreihe stellt Dunbar an acht Heufieberpatienten und elf Kontrollpersonen mit zentrifugierter, wässriger Aufschwemmung von Maispollenkörnern an, welche tropfenweise in den Konjunktivalsack eines Auges gebracht wurde. Keine der elf Kontrollpersonen zeigte die Reaktion, außer etwas geringem Brennen nach dem Einträufeln. Bei den acht Heufieberpatienten trat ausnahmslos das jedem derselben bekannte charakteristische brennesselartige Brennen im inneren Augenwinkel auf, welchem Juckreiz und Lichtscheu folgten. Objektiv konnte man kurze Zeit nach der Applikation zunächst starke Rötung der Karunkel, dann des Lidrandes und selbst Chemosis der Konjunktiva konstatieren. Auch in der, dem geimpften Auge entsprechenden Nasenseite stellten sich nach Ablauf einiger Zeit Reizerscheinungen ein. Wurde das Toxin in die Nase gebracht, so bildete sich ausnahmslos sofort eine starke Schwellung der Nasenschleimhaut, meist so schnell, daß es gar nicht mehr zu Nießanfällen kommen konnte. Bei Einbringung sehr geringer Giftmengen führt die Impfung heftige Nießanfälle herbei.

Es ist also festgestellt, daß das Pollentoxin auf Heufieberpatienten völlig übereinstimmende spezifische Reize ausübt, sich normalen Personen gegenüber aber völlig unwirksam erweist. Diese Feststellung eröffnete die Bahn für therapeutische Versuche. Es wurde Pollentoxin Tieren in die Blutbahn injiziert, welche merkwürdigerweise Monate hindurch ein Blutserum lieferten, welches nicht nur nicht antitoxisch wirkte, sondern die Wirkung des Pollentoxins auf die Heufieberpatienten erheblich steigerte. Ganz allmählich, nach längerer Zeit, bildeten sich jedoch deutlich antitoxische Eigenschaften des Serums heraus.

Einmal wurde acht Heufieberpatienten in ein Auge Pollentoxin, in das andere dieselbe Giftmenge, welche vorher mit dem Heufieberheilserum gemischt worden war, eingeträufelt. Bei sieben der Kranken hatte die letztere Impfung nicht die geringsten sub-

jektiven Wirkungen, nur in einem Falle entstand schnell vorübergehender Juckreiz und leichte Rötung. Das zweite, mit dem Toxin ohne Heilserum geimpfte Auge bot die typischen Erscheinungen. Es ist also gelungen, das Pollentoxin durch das Heilserum annähernd vollständig zu neutralisieren. Auch Heilversuche, nachdem bereits das Brennen und die Rötung der Karunkel eingetreten war, fielen günstig aus. Ein Tropfen Heilserum in das Auge gebracht, sistierte das Brennen sofort; es kam jedoch nach einigen Minuten wieder. Nach Applikation von vier Tropfen Heilserum innerhalb 20 Minuten blieben die subjektiven und objektiven Symptome vollständig fort.

Ebenso günstig verlaufen die Versuche an der Nase. Ferner konnte D u n b a r nachweisen, daß sich das Toxin aus Roggenpollen durch das Maispollenantitoxin vollkommen neutralisieren läßt, daß ferner die durch Roggenpollentoxin hervorgerufenen Reizerscheinungen durch Maispollenantitoxin vollkommen zu beseitigen sind. Hierdurch erscheint es höchst wahrscheinlich, daß das Toxin der verschiedenen Gräser identisch sei.

Bei ausgebrochenem Heufieber, nach Resorption erheblicher Giftmengen, wie es bei dem natürlichen Heufieber vorkommt, werden wohl subkutane Applikationen des Heilserums zum Ziele führen. Versuche darüber stehen noch aus. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9, 1903.)

Zur Pathologie und Therapie des Asthma. Von M. Sihle.

Nach den klinischen Untersuchungen des Vf. ist das Asthma eine Neurose im Gebiete der Respiration und Zirkulation, wobei vier Momente hauptsächlich in Erscheinung treten, nämlich 1. ein Hypertonie im Gebiete der glatten Muskulatur des Respirationstraktes, 2. Hypotonie im Gebiete des Zirkulationssystems inklusive Herz, 3. eine durch nervöse Vorgänge bedingte Bronchialsekretion und 4. fluxionäre Hyperämie der gesamten Respirationsschleimhaut. Diese Momente können von drei Richtungen in Aktion gesetzt werden: vom peripheren Nervensystem aus, von im Blut kreisenden Reizen und vom Großhirn, respektive der Hirnrinde aus. Daher läßt sich ein peripheres, ein hämatogenes und ein psychisches Asthma unterscheiden.

In der Behandlung des Asthma muß zwischen der Therapie der Asthmaattacken und der der Intervalle unterschieden werden.

Im typischen bronchialasthmatischen Anfalle haben wir also zuerst den erhöhten Bronchialmuskeltonus herabzusetzen, der Ge-

fäßhypotonie zu steuern und die Bronchialsekretion und Fluxion zu beeinflussen. Der Bronchospasmus kann durch Narkotika bekämpft werden. Morphinum ist wegen der Angewöhnung nicht ratsam, man kommt jedoch auch mit seinen weniger narkotisch wirkenden und nicht diese Gefahr in sich bergenden Derivaten aus.

Gegen die Gefäßhypotonie hat Vf. Digitalispräparate am bewährtesten gefunden, da weder Strophanthus, noch Conval-laria, noch Adonis vernalis merkliche Erfolge ausüben. Die Digitalis scheint nämlich nach neueren physiologischen Untersuchungen speziell gefäßverengend zu wirken.

Gegen die Bronchialsekretion ist die Jodwirkung längst anerkannt und beruht wohl auf der durch das Jod hervorgerufenen Durchfeuchtung der Schleimhaut des gesamten Respirationstraktes. Expekterantien sind meist ganz unnütz.

Gegen die Schleimhautfluxion kann Vf. nichts empfehlen.

Derselbe gibt also im typischen Bronchialasthmaanfalle folgende Medikation:

Rp. Infus. fol. digital	1·0 : 150·0
Heroini muriat	0·06
Kali jodati	5·0

M. D. S. 4—6 stündlich einen Eßlöffel.

Die Wirkung ist meist eine ziemlich eklatante, und zwar schon eine halbe Stunde nach dem ersten Eßlöffel. Die Dosierung der einzelnen Bestandteile variiert je nach Alter und Kräftezustand und je nachdem, welche Asthmakomponente mehr in den Vordergrund tritt.

Bei ausgesprochenen Erscheinungen vasomotorischer Insuffizienz kann Digitoxin Erfolg haben.

Bei Formen mit ausgesprochener Herzschwäche, sowie bei kardialem Asthma, sind Theobrominpräparate sehr wertvoll, während Jod eher schädlich wirkt. Heroin kann durch Codein oder Dionin ersetzt werden. Nur in den seltensten Fällen muß jedoch zum Morphinum gegriffen werden.

Ist der Anfall abgeklungen, so empfiehlt Vf. dieselbe Kombination, welche sich als nützlich erwiesen hat, noch monatelang 1—2mal täglich zu gebrauchen.

Sollte infolge öfterer Anwendung die Medikation mit der Zeit unwirksam werden, dann können Versuche mit Atropin gemacht werden.

Zu warnen ist vor allen Narkotieis, welche die Möglichkeit einer Verschlechterung der Herzarbeit darbieten.

Als tonisierende Mittel ist bei Schwächlichen und Anämischen, insbesondere bei Kindern, in der Zwischenzeit der Anfälle Arsenik, insbesondere die Cacodylsäurepräparate anzuwenden. Ferner können hydrotherapeutische Maßnahmen eine Abnahme der fluxionären Hyperämie der Respirationssehleimhaut bewirken. Außerdem wendet Vf. methodische Atmungsübungen am Waldenburg'schen Apparate, nämlich das Einatmen komprimierter Luft an.

Ferner muß das Asthaintervalle dazu benützt werden, namentlich die im Magendarumkanale liegenden peripheren Reizpunkte zu beseitigen.

In manchen Fällen muß bei der Behandlung eine auf psychologischer Analyse beruhende suggestive Therapie angewendet werden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4.)

Ueber die operative Behandlung gewisser Lungenkrankheiten und ihre Indikationen. Von Prof. Dr. G. Treupel.

Die Lungenkrankheiten, welche bis jetzt operativem Vorgehen zugänglich gemacht worden sind, zeigen entweder unbestrittenen Erfolg der Operation oder schwankende Resultate.

In die erste Gruppe gehören der Lungenechinococcus (90% Heilungen), Lungenabszeß (80% Heilungen), Lungengangraen (70% Heilungen), dann folgen in der zweiten Bronchiektasien, endlich zum Schlusse Lungentuberkulose, Actinomykose.

Der Echinococcus bietet schon deshalb die günstigsten Chancen, weil er, ohne das übrige Lungengewebe in Mitleidenschaft zu ziehen, strenge lokalisiert auftritt.

Ist die Diagnose festgestellt, dann kommt nur operatives Vorgehen, nämlich Rippenresektion und Pneumotomie in Frage.

Viel schwieriger liegt die Sache bei den mit Höhlenbildung einhergehenden Lungenerkrankungen, Lungenabszeß, Lungengangraen, bronchiektatische und tuberkulösen Kavernen, wo vor allem die Schwierigkeit in der genauen Lokalisation der Erkrankung gelegen ist, ganz abgesehen davon, daß sicherer Nachweis einer Höhle bei weitem nicht so leicht ist, als es von vornherein scheint. Es werden selbstverständlich Perkussion, Auskultation und Röntgenuntersuchungen verwertet werden müssen, um den Eingriffspunkt zu bestimmen.

Die einzigen sicheren Höhlensymptome sind der Wintrische und Gerhard'sche Schallwechsel, das metamorphosierende

Atmen und das ständige Vorhandensein großblasiger, metallisch klingender Rasselgeräusche im Bereiche der Oberlappen. Endlich ist durch mikroskopische Untersuchungen die Art der Höhlenbildung, ferner durch Röntgenuntersuchungen ihre genaue Lokalisation zu entscheiden.

Sehr schwierig ist häufig die Beantwortung der Frage, ob eine oder viele Höhlen vorhanden sind, da die Aussichten auf den Erfolg umso größer werden, wenn nur eine genaue lokalisierte Höhle vorhanden ist.

Multiple Höhlen können dann angenommen werden, wenn Höhlensymptome an verschiedenen von einander getrennten Stellen auftreten oder verschiedene metamorphosierende Atmungsgeräusche in benachbarten Stellen dauernd gehört werden.

In der Mehrzahl aller Fälle findet man bereits Verwachsungen der Pleurablätter, so daß ein etwaiger Pneumothorax nicht zu erwarten ist. Auch bei nicht verwachsenem Pleuraraume soll möglichst einzeitig operiert werden, da der Pneumothorax nicht zu fürchten ist. Jedenfalls müssen ausgedehnte Rippensektionen vorgenommen werden, um der späteren Verkleinerung und Vernarbung zu Hilfe zu kommen.

Die günstigste Prognose bieten die akuten einfachen und die akut umschriebenen putriden Abszesse. Von den chronischen sind die Fremdkörperabszesse für die Operation am geeignetsten. Frische Abszesse sollen sofort und breit eröffnet werden. Fremdkörperabszesse verlangen jedenfalls frühzeitiges Eingreifen.

Auch die Lungengangraen bietet strenge Indikation zur Operation.

Schwieriger liegen die Verhältnisse bei bronchiektatischen Kavernen, deren Operation dann geboten ist, wenn die Höhlen nicht multipel über die Lungen verstreut sind und der Kräftezustand des Kranken es gestattet.

Die Indikationen bezüglich der Behandlung tuberkulöser Kavernen sind dann gegeben, wenn eine größere Kaverne stationär bleibt oder durch Sekretstauung und Zersetzung allgemeine Sepsis droht. Ferner berechtigt die Tatsache, daß größere Kavernen früher oder später dennoch fortschreiten, dazu, durch Operation die Entleerung und Schrumpfung derselben zu befördern.

Bei Tumoren käme natürlich nur die Exstirpation eines ganzen Lungenlappens in Erwägung, welche nach neueren Er-

fahrunger. mit Erfolg möglich sein dürfte. — (Berl. Klinik Nr. 176, 1903.)

Strychnin und Persodin. Von Prof. G. Bufalini.

Vor kurzer Zeit wurden einige Fälle publiziert, in welchen Heilungen des Tetanus nach Injektion 5%iger Natriumpersulfatlösung berichtet wurden, und zwar in einer Weise, daß an eine Neutralisation des Tetanustoxins durch das Persodin gedacht werden konnte. Dies führte B. dazu, einige Versuche über die antitoxische Wirkung des Persodins gegen die experimentelle Strychninvergiftung zu veröffentlichen. Die Ueberlegung, welche seinen Untersuchungen zugrunde lag, stützte sich auf die energisch oxydierende Kraft des Persodins, welche der geringen Beständigkeit der Ueberschwefelsäure zuzuschreiben ist: $S_2 O_8 H_2 + H_2 O = 2 S O_4 H_2 + O$.

Das Persodin ist nur eine Mischung von Natrium- und Ammoniumpersulfat, welches nach eigenem Verfahren von A. und L. Lumière dargestellt wird und es war vielleicht zu erwarten, daß dieses Mittel sich insofern als chemisches Antidot des Strychnins erweise, als es imstande sei, das Strychnin zu Oxystrychnin oder Strychninsäure, welche beide viel weniger giftig sind, als das Strychnin selbst, zu verwandeln. Es könnte auch möglich sein, daß die Entgiftung nicht nur durch Oxydation, sondern durch Bildung von Strychninpersulfat von äußerst geringer Löslichkeit zustande komme. Tatsächlich ist nach Behandlung von Strychnin mit Persodin die bekannte charakteristische Strychninreaktion mit Salpetersäure und Pottasche nicht zu erzielen. Die Experimente wurden an Kaninchen mit Strychnindosen angestellt, welche stets die letale Dosis (0.0006 per Kilogramm) überstiegen. Vorher oder nachher wurde die Persodinlösung in der Nähe oder entfernt von der Applikationsstelle des Strychnins injiziert. Die Versuche ergaben, daß das Persodin vor oder nach der Strychnininjektion den Verlauf der Vergiftung günstig beeinflusst, wenn auch die Dosen mehr als das Doppelte der mortalen Gabe erreichen. Injiziert man Persodinlösung und Strychnin, beide in die Peritonealhöhle, entweder nacheinander oder gleichzeitig, so verschwinden die Symptome der Strychninvergiftung, wenn sie sich schon entwickelt haben, oder sie werden überhaupt nicht manifest. Wird das Persodin vorher neutralisiert, so kann es die Strychninvergiftung nicht aufhalten. Da es sich hier nicht um einen physiologischen Antagonismus handeln kann, weil das Persodin keine

sedative Wirkung, weder auf Rückenmark, noch auf die sensiblen Nervenendigungen ausübt, so muß wohl die Wirkung auf einen chemischen Antagonismus zurückgeführt werden. Dies bestätigt sich dadurch, daß, wenn man selbst die siebenfache letale Dosis von Strychnin mit Persodin zusammenmischt, die Injektion keinerlei Strychninwirkungen hervorruft. Deshalb sind auch die antitoxischen Wirkungen des Persodins stärker, wenn Persodin und Strychnin auf demselben Wege in den Organismus eingeführt werden, dagegen weniger deutlich, wenn sie erst innerhalb der Zirkulation aufeinander wirken können. Jedenfalls kann das Persodin als ein wirksames Antidot gegen Strychnin angesehen werden. — (Archivio di Farmacologia sperimentale. II. II.)

Physikalische Therapie.

Zur Physiologie und Technik der Heißluftbehandlung. Von Dr. Grünbaum.

Die Heißluftbehandlung hat innerhalb kurzer Zeit große Verbreitung gefunden, und überall wird von günstigen Resultaten, die durch die Anwendung der hohen Temperaturen erzielt werden sollen, berichtet. Verbrennungen kommen bei entsprechender Vorsicht nicht vor und die Patienten geben an, das Gefühl behaglicher Wärme zu haben, obwohl die Temperatur, nach dem am Apparate befindlichen Thermometer zu schließen, auf 110—120° gestiegen ist. Für diese auffallende Tatsache hat man verschiedene Erklärungsversuche gegeben. Schreiber in Königsberg hat eine Reihe interessanter Versuche und deren Resultate mitgeteilt, aus denen mit Sicherheit hervorgeht, daß in den Heißluftapparaten von Krause, mit welchen er seine Versuche anstellte, die Innenwärme ganz ungleichmäßig verteilt sei und daß das Thermometer, welches die Wärme in der Nähe der Decken anzeigt, viel höhere Temperaturen anzeigt, als die Thermometer, welche in der Nähe der in Behandlung befindlichen Körperteile sich befinden. Diese Behauptungen Schreibers hat Dr. Grünbaum nachgeprüft. Auch er gelangt zu dem Resultate, daß innerhalb des Behandlungsraumes außerordentlich große Temperaturdifferenzen bestehen, Differenzen, die sich zwischen 54 und 126° bewegen, und daß sich aus den Angaben des Kastenthermometers keine verlässlichen Schlüsse auf die wirkliche Innentemperatur machen lassen. Die

Ursachen dieser ungleichmäßigen Wärmeverteilung liegen in einfachen physikalischen Gesetzen der Wärmeverteilung und Wärme-
fortführung, wonach die Luft mit zunehmender Erwärmung sich ausdehnt und den oberen Schichten zuströmt. — Bei den Untersuchungen, die Vf. noch darüber anstellte, welche die höchsten Temperaturen wären, die die menschliche Haut, ohne Schaden zu nehmen, verträgt, fand er, daß 75—85° C. vertragen werden, nur in seltenen Fällen steigt die Erträglichkeit auf 92°. Vf. fand ferner, daß bei Applikation heißer Luft selbst, nur auf kleine Körperteile, ein deutliches Ansteigen der Allgemeinwärme stattfindet, die Pulsfrequenz wird um 20—30 Schläge gesteigert, der Blutdruck um 10—20 mm herabgesetzt. — (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther., Bd. 6, H. 8.)

B.

Hydriatische Behandlung der Lepra. Von Dr. Marcel Seé.

Die Behandlung Lepröser ist wohl eine der schwierigsten Aufgaben der Therapie, darum ist es ein Gebot der Pflicht, nichts unversucht zu lassen, was in hygienischer und therapeutischer Beziehung empfohlen wird. Als unerlässlich werden heiße Bäder empfohlen, und nach Bergman ist es in Rußland ein empirischer Grundsatz, die Leprösen mit heißen Bädern und Salben zu behandeln. Bezüglich der Dampfbäder herrschen verschiedene Ansichten, doch scheint es, daß auch diese von guter Wirkung seien. Von Seebädern werden vorzügliche Erfolge berichtet, ferner werden indifferente Schwefel- und Arsenikthermen, Eisen- und Kupfervitriolwasser gerühmt. Guberquelle, Srebrenica gilt als sehr wirksam und wird sehr häufig benützt. Das Wasser wird innerlich und äußerlich angewendet, und zwar beginnt man mit drei Eßlöffel per Tag und steigt bis auf einen Liter und mehr, gleichzeitig müssen die Kranken auch täglich Bäder mit diesem Wasser von einer Temperatur von 40° C. in der Dauer bis zu einer Stunde nehmen; nach dem Bade werden sie in Decken gehüllt und bleiben ebenso lange im Dunste liegen. Die Kur muß mehrere Monate fortgesetzt werden und wird von den Patienten im Gegensatz zu den Schwitzbädern sehr gut vertragen. In Java baden die Leprösen, nach den Berichten von Jeanseime, in einer alkalischen Eisen-
therme von 43·5° C., hüllen sich dann in Decken, um eine Transpiration hervorzurufen. Neben der Hydro- und Balneotherapie kommen auch noch andere physikalische Heilmittel in Verwendung, insbesondere die Elektrizität, und zwar in der Form des konstanten und faradischen Stromes, speziell bei den nervösen Störungen, bei

den segmentären Anästhesien. Allerdings ist die dabei zu beobachtende Besserung nur eine vorübergehende. Ebenso wirken auch die von Dr. Santon empfohlenen Ströme mit hoher Frequenz (d'Arsonval). — (Rev. intern. de Ther. Physiq. Nr. 19, 1902.) B.

Die therapeutische Anwendung des blauen elektrischen Lichtes.

Von Dr. Danilow.

Vf. berichtet über eine Reihe von Erfolgen mit dem blauen elektrischen Lichte, die wohl geeignet sind, das Verfahren zu empfehlen. Bei einem Kranken, der seit acht Jahren an permanenten Schmerzen in beiden Schultergelenken leidet und welche namentlich in der Nacht in der heftigsten Weise exazerbieren, trat nach neun Belichtungen vollständige Heilung ein. Bei einer zwei Jahre alten Neuralgie in beiden Schultergelenken genügten vier Belichtungen. Eine Ischialgie, die vier Jahre bestand, ging nach sieben Sitzungen in vollständige Genesung über. Ein anderer Fall von Ischias, der nach Influenza aufgetreten war, wurde nach der fünften Sitzung vollständig geheilt. Auch bei Neuralgien des Trigeminus war die Wirkung dieser Heilmethode eine eklatante. In einem Falle von heftigen konstanten Schmerzen im Gebiete des linken Kiefergelenkes, welche sich auf die linke Hälfte des Unterkiefers und die linke Temporalgegend ausbreiteten und bei dem die Anfälle in ihrer Entstehung und ihrem Auftreten völlig den Charakter eines Malariaäquivalents zeigten, wurde unter gleichzeitiger Verabreichung von Chinin in einigen Sitzungen Heilung erzielt. Das blaue elektrische Licht findet auch bei nervösem Bronchialasthma erfolgreiche Anwendung. Der Autor berichtet über zwei Fälle, in denen die Belichtung des Kehlkopfes und der Trachea von außen, der vorderen Brustoberfläche und der zugänglichen Partien der Rachenhöhle mit blauem Licht einer gewöhnlichen Lampe bei einer Sitzungsdauer von 20 Minuten jedesmal den Anfall kupierte. — (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 45, 1902.) B.

Hydrotherapie im Winter. Von Dr. Bottey.

Nach der Ansicht vieler Aerzte, zu denen auch Fleury gehört, ist der Winter für die Anwendung kalter Prozeduren nicht nur nicht ungünstig, wie dies noch von so mancher Seite behauptet wird, sondern im Gegenteil sehr angezeigt und höchst günstig, wie die therapeutischen Erfolge dies am besten beweisen. Je niedriger die Lufttemperatur ist, umso größere Energie muß der Organismus aufbringen zur Wiedererlangung der ihm durch die Applikation

entzogenen Wärmemenge. Die Reaktion, der gesamte Stoffwechsel ist ein lebhafterer, er ist umso energischer, je größer die Temperaturdifferenz ist zwischen der Außen- und Körpertemperatur. Bei der großen Sommerhitze reagiert der Körper nur wenig auf das kalte Wasser, ferner verliert die durch die Tag und Nacht anhaltende insensible Perspiration mazerierte Haut ihre Energie, ihre Reflextätigkeit. Im Winter riskiert man wohl eine schwierige Reaktion, im Sommer ist jedoch die Abkühlung zu wenig intensiv und die Reaktion tritt zu rasch ein, in beiden Fällen wird daher die Wirkung der Hydrotherapie abgeschwächt. Demzufolge ist es klar, daß für die Wasseranwendung der Frühling und Herbst die günstigsten Jahreszeiten sind. Der Kranke kann nach der Kur eine entsprechende Bewegung machen, um eine genügende Reaktion zu erzielen. In diesen Jahreszeiten können die kalten Prozeduren rationell und genügend lange genommen werden, ohne, wie im Winter, eine zu intensive Reizwirkung fürchten zu müssen. Man muß auch berücksichtigen, daß viele nervöse Affektionen im Herbst und Frühling sich zuerst manifestieren oder exazerbieren. Bei zeitlichem Beginne der Kur kann man diese Erscheinungen abschwächen und auch verhindern. Bei gewissen Rheumatismen, Neuralgien, chronischer Bronchitis, Emphysem ist der Sommer geeignet. — Nach den Erfahrungen des Referenten ist jede Jahreszeit für die Vornahme von hydriatischen Prozeduren geeignet, vorausgesetzt, daß entsprechend individualisierend vorgegangen wird, und zum individualisierenden Vorgehen gehört auch die Berücksichtigung der Außentemperatur, respektive der Jahreszeit und der sonstigen Umstände, die das Auftreten von Reaktion beschleunigen oder mäßigen. Es wäre deshalb verfehlt, bestimmte Gesetze für gewisse Erkrankungen und Jahreszeiten aufzustellen. Es wäre traurig, wenn man in der Hydrotherapie zur Erzielung einer bestimmten unerläßlichen Reaktion auf eine bestimmte Jahreszeit warten oder das Ausbleiben der Reaktion der Jahreszeit in die Schuhe schieben wollte. Tatsachen, wie sie von *B o t t e y* behauptet werden, daß die Reaktion umso energischer sei, je größer die Temperaturdifferenz zwischen der Außen- und Körpertemperatur, sind unbestritten richtig, falsch wäre nur die Folgerung, daß deshalb zu gewissen Jahreszeiten, in denen diese Differenz eine beträchtliche ist, die Reaktionsverhältnisse günstigere wären. Es ist eine allen Hydrotherapeuten geläufige Erfahrungstatsache, daß die Reaktionserscheinungen durch Applikation thermischer Kontraste gebessert

werden können. Nach Ansicht des Referenten wäre die These dahin zu modifizieren, daß nicht der Winter die für die kalten Prozeduren günstigste Jahreszeit sei, sondern daß auch im Winter mit sehr günstigen Erfolgen bei individualisierendem Vorgehen die Hydrotherapie Anwendung finden sollte, ausgebreiteter, als dies der Fall ist. — (Rev. Int. d. Therap. Phys. Nr. 3, 1903.)

B.

Chirurgie.

Zur Technik der Magenausspülung. Von Dr. C. Neck.

Vor jeder Magenoperation sollte der Magen ausgespült und die ganze Spülflüssigkeit entleert werden, um ein Uberschwemmen des Peritoneums und die Infektion desselben nach Eröffnung des Magens zu vermeiden. Leider gelingt die vollständige Ausheberung des Magens bei Dilatation und Atonie sehr selten. Vf. fand bei seinen Versuchen, die er an Leichen und Patienten vornahm, daß die vollständige Ausheberung erst gelingt, wenn man den Patienten in steile Beckenhochlagerung bringt. Er empfiehlt daher, so lange in horizontaler Lage zu spülen, als noch Flüssigkeit abfließt, und dann den Pat. in die steile Beckenhochlagerung zu bringen und schließlich in dieser Lage die Sonde langsam zu extrahieren. Auf diese Weise wird der letzte Rest des Mageninhaltes, so weit er flüssig ist, entleert. Wenn aber der Magen mit größeren Speiseteilen angefüllt ist, gelingt erst nach mehrmaliger Spülung eine annähernde Säuberung des Magens zu erzielen. — (Zentralbl. f. Chir., Nr. 52, 1902.)

Die Behandlung septischer Erkrankungen mit intravenösen Kollargol- (arg. coll.) Injektionen. Von Oberarzt Dr. Credé.

Nachdem Vf. im Jahre 1897 seine ersten Erfahrungen über Kollargol veröffentlicht hatte, sind von verschiedener Seite günstige Erfolge mitgeteilt worden. Das bisher zur intravenösen Injektion benützte Präparat hatte aber einige Mängel aufzuweisen, welche seiner allgemeinen Verbreitung hinderlich im Wege standen. Alle diese Nachteile hören bei Benützung des neuen Präparates auf, welches mit Wasser eine vollständig klare braune Flüssigkeit gibt, während das frühere eine trübe, milchige Emulsion bildete. Bei Anwendung dieses neuen Präparates kamen im Anschlusse an die Injektion keine Schüttelfröste mehr vor.

Die Injektionen müssen unter aseptischen Kautelen gemacht werden, für eine Injektion genügen 2—10 cm³ einer 2%igen Lösung (also 0.04—0.20 Kollargol). Schon wenige Stunden nach der Injektion macht sich eine günstige Wirkung bemerkbar; der Kranke wird ruhiger, schwitzt, Puls und Temperatur bessern sich. Bei schweren Erkrankungen muß die Injektion nach 8—12 Stunden wiederholt werden, meistens hält jedoch die Wirkung 24—36 Stunden an. Außer den Injektionen mit Kollargol sollen auch Einreibungen mit Unguentum Credé gemacht werden.

Die vom Vf. nach dieser Methode behandelten Fälle betreffen: 1. schwere Phlegmonen und Gangränen, 2. allgemeine Sepsis, 3. Puerperalfieber, 4. Pyämie, 5. septische Osteomyelitis, 6. Polyarthrits septica, 7. ulceröse Endokarditis, 8. schwere Erysipela, 9. Peritonitis, 10. Erythema nodosum, 11. Milzbrand und 12. hoffnungslose Phthise. Im Anschlusse an die Behandlung traten häufig schnelle und dauernde Besserungen ein. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, H. 1 u. 2.)

Beiträge zur Kenntnis der Pustula maligna. Von Dr. Richard Hölscher.

Vf. teilt die Krankengeschichten von sieben Fällen von Hautmilzbrand, welche er in kurzer Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, mit. Obwohl einige der Fälle sehr beunruhigend aussahen, erzielte Vf. doch in allen Fällen Heilung. Die Behandlung bestand in Exzision des Karbunkels weit im Gesunden und Tamponade mit Jodoformgaze. Bei sehr ausgebreitetem, prallem Oedem in der Umgebung machte H. noch Inzisionen in die ödematöse Haut. In zwei Fällen trat als Komplikation Nekrose der Fascie auf weite Strecken auf, welche eine neuerliche Inzision notwendig machte. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, H. 1 u. 2.)

Die Hepaticusdrainage. Von Dr. Erich Berger.

Vf. berichtet über die günstigen Erfolge der Hepaticusdrainage, die er auf der Klinik des Prof. K e h r zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Operation wird auf Grund der günstigen Erfahrungen in jedem Falle von Choledochusverschluß ausgeführt, besonders dringend ist die Hepaticusdrainage aber indiziert in Fällen von Cholangitis oder wenn es nicht möglich ist, sämtliche Steine aus dem Choledochus und Hepaticus zu entfernen. In Verbindung mit gleichzeitiger Exstirpation der Gallenblase ist die Hepaticusdrainage diejenige Methode, die geeignet ist, die größte Sicherheit vor Rezidiv zu gewähren. Hingegen ist ihre Leistungs-

fähigkeit nicht unbegrenzt, bei diffuser Cholangitis erlischt ihre Wirksamkeit, ebenso auch, wenn zahlreiche Steine hoch in der Leber sitzen.

Die Gefahren der Operation sind in unkomplizierten Fällen nicht groß (2—3% Mortalität). Da aber bei Komplikationen von Seiten des Gallensystems auch die Gefahren der Hepaticusdrainage zunehmen, rät Vf., die Fälle von Gallensteinen möglichst früh zu operieren und bei Choledochusverschluß zur Operation zu schreiten, wenn nach dreimonatlicher Dauer auf eine Karlsbader Kur vollständige Latenz des Leidens nicht eingetreten ist. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, H. 1 u. 2.)

Ueber die Winkelmann'sche Hydrokelenoperation. Von Prof. Dr. Klaussner.

Die bisher üblichen Methoden der Radikaloperation der Hydrokele (Spaltung der Tunika oder Exstirpation derselben) waren entweder ziemlich eingreifend oder bedingten eine lange Heilungsdauer, die manchmal in gar keinem Verhältnisse zur Geringfügigkeit der Beschwerden stand. Diesen Uebelständen hilft die von Winkelmann eingeführte Umstülpung der Tunika nach Spaltung derselben ab; die Methode ist sehr leicht auszuführen, die Operation kann unter Lokalanästhesie ausgeführt werden, da die Luxation des Hodens der einzige schmerzhafteste Akt der Operation ist; die Heilungsdauer ist meist eine kurze.

Vf. hat nach dieser Methode 35 Fälle operiert und ist der Meinung, daß die Methode eine große Verbreitung verdient. Rezidive trat in zwei mit anderen Krankheiten komplizierten Fällen auf. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, H. 1 u. 2.)

Ueber die isolierten Brucheinklemmungen des Wurmfortsatzes. Von Doc. Dr. Honsell.

Die Diagnose einer isolierten Einklemmung des Processus vermiformis ist schwer sicherzustellen, weil die Krankheit keine ganz bestimmten Symptome, die ihr ganz allein zukommen würden, zeigt. Inkarzerationserscheinungen sind zumeist nicht stürmisch und manchmal fühlt man in der Nähe der Bruchpforte eine Resistenz, welche bei Schlingeninkarzeration dem im Bauche befindlichen Ende des Processus vermiformis entspricht. Vermuten kann man eine Inkarzeration, wenn außer den Inkarzerationserscheinungen eine Beugekontraktur des rechten Beines vorhanden ist. Diese Schlüsse konnte Vf. aus vier auf der Klinik des Prof. v. Brunns beobachteten Fällen von Inkarzeration des Wurmfortsatzes ziehen.

Sämtliche Fälle wurden operiert; in drei Fällen wurde nach der Lösung der Inkarzeration der Wurmfortsatz reseziert, in einem Falle wurde der Wurmfortsatz in die Bauchhöhle reponiert. In allen Fällen trat Heilung ein. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 37, H. 1 u. 2.)

Ueber den primären Krebs der Extremitäten. Von Dr. v. Brunn.

Auf Grund von 46 Fällen, die auf der Klinik Bruns beobachtet und zum Teile auch operiert wurden, kam Vf. zur Ueberzeugung, daß der Krebs der Extremitäten eine relativ benigne Krankheit darstelle, indem die Drüsen erst spät infiziert werden. Infolgedessen kommt man häufig mit konservativen Operationen aus. In einigen Fällen, in welchen nach der ersten Operation ein Rezidiv auftrat, konnte durch die Exstirpation des Rezidivs definitive Heilung erzielt werden, nur in wenigen Fällen mußte die primäre Amputation der Extremität ausgeführt werden. Obwohl die Drüsen größtenteils nur infolge von chronischer Entzündung vergrößert sind, rät Vf., dieselben auch zu exstirpieren, um des Erfolges ganz sicher zu sein. In den beobachteten Fällen entwickelte sich der Krebs entweder in Narben, die nach Frakturen oder Eiterungen zurückgeblieben sind, oder auf lupösem Boden, oder endlich aus Warzen und Muttermalern. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 37, H. 1 u. 2.)

Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose. Von Dr. Leopold Feilchenfeld.

Vf. hat schon vor drei Jahren darauf hingewiesen, welche große Bedeutung die Darreichung von Tinet. strophanti für die Kräftigung der Herztätigkeit vor Operationen besitzt. Vf. hat dieses Verfahren seit dieser Zeit befolgt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Neurastheniker mit leichter Erregbarkeit des Herzens läßt er durch einige Tage mehrmals im Tage 5—6 Tropfen Tinet. strophanti nehmen, worauf eine Verlangsamung des Pulses und eine größere Beruhigung der Pat. eintritt. Die Pat. vertragen die Narkose, ohne daß Komplikationen von Seite des Herzens eintreten würden. Bei Leuten mit Degenerationen des Herzmuskels und Arrhythmie genügt Strophantus nicht; Vf. erzielte hier gute Resultate mit Infus. digitalis, lauwarmen oder kohlensauren Bädern. Die Arrhythmie wurde geringer oder hörte ganz auf und die Pat. vertrugen dann die Narkose gut. Aether ist in diesen Fällen dem Chloroform vorzuziehen. Vorsichtshalber soll man tiefe Narkose

nach Möglichkeit vermeiden. Bei den schwereren Formen der Myokarditis wird man auch mit dieser Behandlung nicht viel erzielen und man wird auf die akute Gefährdung des Herzens durch die Narkose gefaßt sein müssen. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 7, 1903.)

Dauerheilung nach Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen.

Von Dr. Wilhelm Braun.

Die seinerzeit von K r a u s e angegebene Methode der Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen auf größere Defekte hat sich im Laufe der Zeit sehr gut bewährt, und Vf. hat jetzt nach Jahren die Lappen nachuntersucht und auf ihre Funktionsfähigkeit geprüft. Die Untersuchung ergab, daß in vielen Fällen von Dauerheilungen gesprochen werden kann, da die Hautlappen noch nach 8—8½ Jahren ihren Zweck erfüllten, und in einigen Fällen von Fußgeschwüren gesund geblieben sind, obwohl die Varikositäten weiter bestanden und Pat. sich den Schädlichkeiten des Berufs weiter aussetzte. Ja noch mehr, der Lappen wurde noch schöner, indem einerseits die Pigmentierung abnahm und andererseits die bald nach der Operation häufig beobachtete Wulstung der Lappen geringer wurde. Dieser Umstand macht die Methode für kosmetische Operationen im Gesichte besonders geeignet.

Die tadellose Anheilung des Lappens wird aber nur dann erzielt, wenn man sich an die von K r a u s e gegebene Vorschrift der absoluten Asepsis streng hält. Der Boden, auf dem transplantiert wird, muß außerdem gehörig vorbereitet sein, und zwar muß das Geschwür oder die Narbe vollständig bis in das Gesunde exstirpiert und die Blutung mittels Kompressionsverbandes sicher gestillt werden. Während der Zeit, die notwendig ist, um die Blutung zu stillen, wird der Lappen vorsichtig abpräpariert, nach vollendeter Plastik wird das subkutane Fett von der Stelle, an welcher der Lappen entnommen wurde, bis auf die Fascie exstirpiert und die Wunde mittels Naht vereinigt. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 37, H. 1 u. 2.)

Zur Technik der Behandlung kaverner Tumoren. Von Prof. Payr.

Die Einführung von Magnesiumstückchen in kavernöse Tumoren führt zu Gerinnungen in den Tumoren bei gleichzeitiger Resorption des Fremdkörpers und kann schließlich die vollständige Schrumpfung und Heilung herbeiführen. Die vom Vf. jetzt angegebene Verbesserung der Technik besteht darin, daß er statt der Magnesiumblechpfeile jetzt runde Pfeile nimmt, die durch eine ein-

zige Oeffnung in das Gewebe eingeschoben werden können und außerdem das Einschieben vermittels einer troikartähnlichen Vorrichtung besorgt, die es ermöglicht, den Pfeil genau an die gewünschte Stelle der Geschwulst zu bringen. Dies bedeutet eine Erleichterung der Technik und eine Steigerung der Sicherheit der Heilung. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 8, 1903.)

Ankylosis mandibulae vera. Von Prof. L. W. Orlow.

In Anschlusse an Eiterungsprozesse im Gelenke, wie sie nach Scharlach, Masern, Pocken beobachtet werden, kommt es zu Ankylosen des Kiefergelenkes, welche wegen des fortwährenden Aneinanderpressens der Zähne auf einander zu weitgehenden Veränderungen der Gesichtsbildung führen. Wegen mangelhaften Wachstums des Unterkiefers kommt es zur Bildung des sogenannten Vogelgesichtes. Sieben solcher Fälle hat Vf. beobachtet und sechs davon operiert. Die Operation bestand in Resektion des Gelenkes, namentlich auch in Durchtrennung des Process. coronoides, der mit dem Arcus zygomatic. knöchern verwachsen war und so jede Spur von Beweglichkeit hinderte. Das durch die Operation gewonnene Resultat (passives und aktives Oeffnen des Mundes auf einige Zentimeter) mußte durch fleißiges Ueben erhalten werden. — (Deutsche Zeitsch. f. Chir., Bd. 66, II. 5 u. 6.)

Die Behandlung der akuten Perforationsperitonitis im Typhus mittels Laparotomie und Ileostomie. Von Dr. Theodor Escher.

Die Frage, ob die Perforationsperitonitis bei Typhus auf operativem Wege behandelt werden soll, wird von den Internisten noch häufig im negativen Sinne beantwortet. Dieser Auffassung tritt Vf. auf Grund seiner günstigen Erfahrungen, die er mit der Kombination der Laparotomie und Drainage mit der Ileostomie gemacht hat, entgegen.

Vf. fand, daß die Naht der Perforationsstelle gar nicht nötig ist und daß der Zustand des Pat. sich sogar rascher bessert, wenn durch die Perforationsstelle sich der Darminhalt dauernd nach außen entleert. Durch diese Hilfsmittel erreichte Vf., daß die den Pat. bedrohende Gefahr der Darmlähmung viel rascher beseitigt wurde, als ohne Ileostomie. Von seinen vier Patienten genasen drei, darunter ein sehr schwerer, ohne Operation sicher verlorener Fall.

E. ist daher der Ansicht, daß in allen Fällen der Perforationsperitonitis, die mit Darmlähmung kombiniert sind, nicht die Naht der Perforationsstelle oder die Resektion der erkrankten Darm-

partie, sondern die Ileostomie zu machen ist, die außerdem noch rascher als die anderen Eingriffe und unter Lokalanästhesie ausgeführt werden kann. Die Perforationsöffnung kann für die Anlegung der Fistel benützt werden, sie kann zu diesem Zwecke erweitert werden oder es kann eine beliebige andere, nicht zu hoch liegende Stelle des Ileums gewählt werden. Nur unter seltenen, in jeder Hinsicht sehr günstigen Bedingungen — Spätstadium des Typhus, guter Kräftezustand, mäßige Virulenz, sehr frühe Operation, noch nicht oder wenig entwickelte Darmlähmung — ist die primäre Darmnaht gerechtfertigt. Wenn sich eine permanente Darmfistel bildet, kann sie durch eine kleine Operation nachträglich beseitigt werden. — (Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., Bd. 11, H. 1.)

Beitrag zur Talma'schen Operation. Von O. Hildebrand.

Ein 20jähriges Mädchen litt seit Jahren an Milztumor und Ascites, Schmerzen im Bauch und Temperatursteigerung. Bei der Laparotomie fand man die Leber derb und uneben, unter dem Peritoneum und im Netz fanden sich erweiterte, fast fingerdicke Venen. In den Peritonealspalt wurde ein Netzzipfel eingelegt. Die Operation wurde gut überstanden, nach der Operation verschlechterte sich jedoch im Anfang der Zustand der Patientin, so daß einige Wochen nach der Operation eine Punktion notwendig wurde. Im weiteren Verlaufe hat sich aber der Zustand gebessert, der Ascites sammelte sich nicht mehr an, die Oedeme verschwanden, die Patientin geht herum und hat keine Beschwerden. Die Besserung ist eine dauernde und hält $2\frac{3}{4}$ Jahre nach der Operation noch an. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 66, H. 5 u. 6.)

Weitere Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Arthritis deformans, insbesondere der kleineren Gelenke. Von Dr. J. Elter.

Vf. vermehrt die spärliche Kasuistik der Arthritis deformans kleinerer Gelenke durch die Mitteilung einiger Krankengeschichten von Arthritis deformans des Kiefergelenkes, der Fingergelenke, des Chopart'schen und des Talonavikulargelenkes. Die Therapie bestand in Resektion des betreffenden Gelenkes und erreichte die Beseitigung der oft beträchtlichen Schmerzen. Die Möglichkeit eines Rezidivs besteht nur, wenn nach der Operation ein bewegliches Gelenk resultiert, bei Ankylose ist natürlich kein Rezidiv denkbar.

Zum Schlusse macht Vf. noch auf einige moderne palliative Behandlungsmethoden der Arthritis deformans aufmerksam. In-

jektionen von Jodoformöl in das Gelenk haben häufig auf die Schmerzen günstig eingewirkt, vielleicht durch die verminderte Reibung der Gelenkflächen aneinander. Ebenso gute Resultate sieht man bei der Extensionsbehandlung. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 66, H. 5 u. 6.)

Urologie.

Ueber Hydronephrosis intermittens. Von Michalski.

Die Hydronephrosis intermittens wird bedingt durch ein Hindernis in den harnableitenden Wegen, welches zeitweise verschwindet und so dem Harn freien Abzug gewährt, oder aber durch einen Ueberdruck in der gestauten Flüssigkeit überwunden wird. Solche Hindernisse werden meistens durch Dislokationen der Niere hervorgerufen, Wanderniere, Dystopia renis congenita, Verengung der Nierennische durch skoliotische Verbiegung der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule, ferner durch Hufeisenniere, Nephrolithiasis, Veränderungen am Ureter und Traumen. Die Diagnose ist natürlich nur während der Attacke mit Sicherheit zu stellen, periodisch auftretende Schmerzanfälle in der Nierengegend, Schwellung der betreffenden Abdominalseite, Verminderung der entleerten Urinmenge; differentialdiagnostisch kommen Ovarialzysten, Leber- und Gallenblasenerkrankungen, hysterische und tabische Nervenkrise in Betracht. Die modernen Hilfsmittel (Kryoskopie, Radiographie, Ureterenkatheterismus, Phloridzinprobe) erleichtern jetzt eine sichere Diagnosenstellung. Als souveränes diagnostisches Mittel bleibt die Inzision und Freilegung des Organes, der dann sofort der therapeutische Eingriff zu folgen hat. — Die Therapie muß erstreben, die Ursache der Erkrankung zu entfernen. Als palliative Eingriffe werden Ureterenkatheterismus (Gefahr der Vereiterung), Punktion mit oder ohne Freilegung des Sackes, Pyelotomie empfohlen. Handelt es sich um Pyonephrosen, dann ist unbedingte Indikation zur Eröffnung durch Nephrostomie oder Pyelostomie. Bei Wandernieren kann man durch gute Leibbinden, eine Mastkur zwecks Zunahme des Abdominalfettes und dadurch bessere Fixierung der Niere, endlich durch Nephrorrhagie und Nephropexie schöne Erfolge erzielen. Die Nephrektomie ist indiziert bei geschlossenen großen Hydronephrosen, bei denen die Niere nicht mehr arbeitet, ferner in jenen Fällen, bei denen der

wiederholte Versuch einer konservativen Behandlung mißglückt ist. — (Beitr. zur klin. Chir., Bd. 35, 1902.) Rich. Grünfeld.

Die Nephrotomie und ihre Folgen. Von Langemak.

L. studierte in Anbetracht der geringen Zahl von Beobachtungen, welche über die Wirkungen von Schnittwunden in menschlichen Nieren Aufschluß geben, die Folgen der Nephrotomie auf experimentellem Wege. Ein transversaler, in die Marksubstanz reichenden Schnitt muß unter allen Umständen eine Infarktbildung durch Thrombosierung der durchschnittenen Arterie zur Folge haben. Da nun beim Sektionschnitt ein noch größerer Verlust an Nierengewebe resultiert, als beim Querschnitt, ergab sich, daß bei genügender Tiefe jeder an beliebiger Stelle, gleichgiltig in welcher Richtung geführte Schnitt einen Infarkt erzeugt, dessen Größe der der durchtrennten Arterie entspricht. Weiters ergaben die an Kaninchen vorgenommenen Experimente die auch am Menschen bekannte Beobachtung, daß, wenn nicht jede stärkere Blutung vermieden und das ins Nierenbecken geflossene Blut nicht sorgfältig entfernt wurde, die Blutkörperchen und Blutkoagula die Anlage zu Konkrementen bilden können und es dann sekundär zur Zystenniere oder Hydronephrose kommen kann. Die Chancen der Heilung sind bei erkrankten Nieren naturgemäß noch ungünstiger, da die Heilung einer Nierenwunde nie durch unmittelbare Narbenbildung im Sinne einer Weichteilwunde möglich ist, sondern erst nach Resorption des durch die Schnittwunde verursachten Infarktes zustande kommt. L. hält also auf Grund seiner experimentellen und histologischen Forschungen die Nephrotomie nicht für einen harmlosen Eingriff. — (Beitr. zur klin. Chir., Bd. 35, 1902.) Rich. Grünfeld.

Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Protargolgelatine. Von Benaris.

Angeregt durch die unter dem Namen „Viror“ in den Handel gebrachten Zinntuben mit 15% Protargolgelatine, welche als prophylaktische Maßregel gegen die Gonorrhöe dienen sollen, gibt Vf. unter dem Titel „Urosanol“ einen Apparat zur Therapie der akuten Gonorrhöe an, der im wesentlichen aus Glasröhrchen mit Protargolgelatine (1—3—5%) besteht. Der Inhalt eines solchen Röhrchens, für einen Tag, bezw. für vier Injektionen berechnet, wird mittels eines graduierten Holzstempels durch ein Korkplättchen und eine Gummiole oder einen 8 cm langen, weichen Katheter, Filière Nr. 13, in die Urethra gebracht und bis

zu 15 Minuten belassen. Der Katheter ist in einer starren antiseptischen Lösung, die auch etwas Adrenalin enthält, untergebracht. Die Gelatine als Vehikel soll gegenüber den wässerigen Lösungen den Vorteil der leichteren Resorbierbarkeit und der konstanten Konzentration bedeuten. Bakteriologische Prüfungen und praktische Versuche an einem allerdings geringen Materiale ergaben sehr befriedigende Resultate. Nach Ansicht des Ref. ist die Gelatine wegen der stets anhaftenden anaeroben Keime (Tetanus, malignes Oedem) nicht das ideale Vehikel für urethral eingeführte Medikamente. Zumindest müßte die Keimfreiheit der Gelatine garantiert sein, da durch den Silbergehalt die Abtötung der Mikroben nicht gesichert erscheint. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1902.)

Rich. Grünfeld.

Ueber die Verwendung des Elektromagneten zur Entfernung eiserner Fremdkörper aus der Harnblase. Von Hofmeister.

Ein 26jähriger Arbeiter führte sich, angeblich wegen Harnbeschwerden, einen 5 cm langen, 6 mm dicken Eisenstift in die Urethra ein. Derselbe entglitt seinen Fingern und geriet in die Blase. Sondierung und Radiogramm bestätigten die Angaben. Lithotriptor-Extraktion erschien aussichtslos, Collin'scher Redresseur stand nicht zu Gebote. H. kam daher, angeregt durch die bekannten Erfolge der elektromagnetischen Entfernung eiserner Fremdkörper aus dem Auge, auf den Gedanken, diesen Eisenstift elektromagnetisch zu extrahieren. Füllung der entleerten Blase mit 150 g sterilen Olivenöls, damit der Körper in der Blase frei beweglich sei, Einführung einer an einen Elektromagneten befestigten Sonde, Char. 23, deren Schnabel 6—8 cm frei in die Blase hineinragte, um die Längseinstellung des Eisenstiftes zu ermöglichen. Ein kurzes, klapperndes Geräusch verriet den Stromschluß und damit das Gefaßtsein des Fremdkörpers. Langsames Zurückziehen der Sonde, leichter Widerstand am orif. internum, bald darauf Erscheinen des Fremdkörpers an der äußeren Harnröhrenmündung. Der Elektromagnet muß sehr groß sein, da die magnetische Kraft in dem aus der Drahtspule hervorragenden Teil des Eisenkerns mit der Entfernung vom Spulenende außerordentlich rasch abnimmt und die Tragkraft hier durch das 20 cm lange vesikale Instrument erheblich vermindert wird. — (Beitr. zur klin. Chir., Bd. 35, 1902.)

Rich. Grünfeld.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber zehn Fälle von Ankylostomiasis in der Schwangerschaft. Von E. Tridondani.

Vf. berichtet über zehn Fälle von Gravidität, bei welchen er in der Lage war, die Anwesenheit von *Ankylostomum duodenale* nachzuweisen. Diese Beobachtungen erstreckten sich auf einen Zeitraum von drei Jahren. In Italien ist nämlich das Vorkommen von *Ankylostomum duodenale* keine Seltenheit, weshalb auch zahlreiche diesbezügliche Beobachtungen und Publikationen aus diesem Lande stammen. Aus den genau geführten Krankengeschichten läßt sich ersehen, daß *Ankylostomum duodenale* ein sehr gefährlicher Darmschmarotzer ist und für Gravide ein umso verhängnisvollerer Gast ist, als er einerseits den Organismus sehr schwächt und andererseits in zahlreichen Fällen die Gravidität unterbricht. Bei den obgenannten zehn Fällen kam es bei der Hälfte der Fälle (50%) zur spontanen Frühgeburt, in vier Fällen mußte wegen des bedrohlichen Zustandes der Mutter die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden. Nur in einem einzigen Falle erreichte die Schwangerschaft ihr normales Ende. Was nun die Früchte betrifft, wurde eine totgeboren, fünf starben unmittelbar oder kurz nach der Geburt. Mithin konnten nur vier am Leben erhalten werden. Von den Müttern gingen im Wochenbett zwei zugrunde und zwar am achten, beziehungsweise zehnten Tage post partum, und wurde sowohl klinisch als auch bei der Autopsie Nephritis als Todesursache konstatiert. Die Symptome der Erkrankung waren dieselben wie bei Nichtgraviden, nur traten sie in wesentlich verstärktem Maße auf, ganz besonders stark die an perniziöse Anämie erinnernde Blutleere (Hydrämie), weiter Kopfschmerzen, Ohrensausen, Sehstörungen, Schwindel, Husten, dyspeptische Beschwerden, ausgebreitete Oedeme und bisweilen Milztumor. Bei acht Fällen war Eiweiß im Urin vorhanden, bei einzelnen auch Nierenelemente. Der Nachweis von *Ankylostomum*-Eiern im Stuhl sicherte in allen Fällen die Diagnose. Bezüglich der Therapie hielt sich der Vf. an die Verwendung der Wurmmittel und zwar das ätherische Extrakt von *filix mas* und *Thymol*, beide Präparate in großen Dosen. Vf. konnte keinerlei schädliche Beeinflussung der Gravidität durch diese Mittel beobachten. Auch die künstliche Einleitung der Frühgeburt kann sich unter Umständen als notwendig erweisen, und ist man hierzu aus Rücksicht auf das Leben der Mutter umso mehr berechtigt, als

die Erfahrung lehrt, daß die Kinder, wenn sie auch frühzeitig zur Welt kommen, meistens doch in kürzester Zeit absterben. Was die Pathogenese der Erkrankung anlangt, ist Vf. der Meinung, daß die hochgradige Anämie nicht sowohl durch direkte Blutverluste bedingt werde, als vielmehr auf einen toxischen, durch die chemisch-biologische Tätigkeit der Parasiten erzeugten Stoff zurückzuführen ist. Auf diese Allgemeintoxikation des Organismus dürfte wohl auch die so häufige Unterbrechung der Gravidität zurückzuführen sein. — (Ann. di e gin. Der. 1902.) Königstein.

Händesterilisation und Wochenbettmorbidity. Von Sticker.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß keines der üblichen Desinfektionsverfahren imstande ist, die an unseren Händen haftenden Keime vollständig zu beseitigen, mithin unsere Hände bei der Entstehung der puerperalen Infektionen noch immer eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Eine wirkliche Händesterilisation kann nur erzielt werden, wenn über die sorgfältigst desinfizierten Hände noch sterilisierte Gummihandschuhe gezogen werden, welches Verfahren seit Oktober 1898 an der Breslauer Klinik bei inneren Untersuchungen und operativen Eingriffen bei Kreißenden konstant eingeschlagen wird. Vf. ist nun in der Lage, über den Krankheitsverlauf von 1200 Geburten und Aborten der Breslauer Klinik zu berichten, bei denen immer in obenangeführter Weise verfahren wurde und stellt dieser Serie die Morbiditätsverhältnisse von 1200 Wöchnerinnen gegenüber, die unmittelbar vor Einführung obigen Verfahrens klinisch genauest beobachtet wurden und bei denen bloß die modifizierte Fürbringer'sche Händedesinfektion vorgenommen wurde. — Bei der gegenseitigen Vergleichung dieser 2400 Fälle, die sich auf den Zeitraum von 1896 bis 1900 verteilen, kam Vf. zu dem Schlusse, daß die Entstehung des Puerperalfiebers nicht ausschließlich auf die Hände des Geburtshelfers zurückzuführen ist. In einer großen Zahl von Fällen handelt es sich um Keime, die, wenn auch nicht ständig in der Scheide sich vorfindend, unter dem Einflusse von begünstigenden Momenten sich vermehren. Unter allen Umständen sollen Untersuchungen und Operationen an Kreißenden nur mit sterilen Gummihandschuhen vorgenommen werden und alle Momente vermieden werden, durch welche einerseits ein Verschleppen der Keime von außen bewirkt wird oder eine Vermehrung bereits in der Vagina vorhandener Keime begünstigt werden könnte. Wo diese prädisponierenden Umstände nicht vermieden werden können, soll unter der Geburt zur Antisepsis der

Scheide gegriffen werden, was sich am besten durch desinfizierende Scheideausspülungen erreichen läßt. Vf. sieht das anstrebenswerte Ideal in der Vereinigung der Handasepsis des Arztes mit der Genitalantisepsis der Gebärenden. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 45, II. 3.)

Königstein.

Ueber die Angiothrypsie. Von Doktor.

Vf. berichtet über die Erfahrungen mit der Angiothrypsie, welche an der Klinik Kézmárszky bei zwölf Fällen von totaler Exstirpation der Gebärmutter gemacht wurden mit dem von Thumim angegebenen Angiothryptor. In keinem der zwölf Fälle trat eine Nachblutung ein. Für die Dauer der Kompression schreibt Vf. mindestens einen Zeitraum von fünf Minuten vor. Unmittelbar nach der Abnahme der Angiothryptors kann es wohl zur Blutung kommen, doch ist dieselbe mittels Ligatur immer leicht zu stillen. Vf. führt als ganz besonderen Vorzug des Verfahrens die Möglichkeit an, die Dauer der Operation wesentlich abzukürzen, weiters sollen die Schmerzen bedeutend geringer sein und die Heilung rasch und ungestört vor sich gehen. Bei der Entfernung des Tampons am fünften oder sechsten Tage zeigte sich kaum etwas Sekret und am Ende der zweiten Woche war die Granulationsfläche so klein wie nach der Ligaturoperation erst in der vierten Woche. Aufgemuntert durch den glatten Wundverlauf wurde in drei Fällen die Wundhöhle mittels besonderer Peritoneal- und Vaginalnaht geschlossen und konnte in einem dieser Fälle die Patientin nach 13 Tagen, in einem anderen sogar nach 12 Tagen die Klinik geheilt verlassen. Vf. ist weiter der Ansicht, daß durch die Angiothrypsie die Möglichkeit geboten wird, gerade bei Uteruskarzinom mehr Gewebe zu entfernen als bei der Ligaturmethode, was ein nicht zu unterschätzender Vorteil ist. Vf. hält von dem Instrumente sehr viel und ist der Ueberzeugung, daß es in der Operationstechnik einer glänzenden Zukunft entgegengeht, besonders dann, wenn noch zweckentsprechende Verbesserungen an dem Instrumente angebracht werden. — (Orvosi hetilap., 18 u. 19, 1902.)

Königstein.

Hämatocèle retrouterina; ein Beitrag zu Aetiologie und Therapie. Von B. Lewinsohn.

Vf. berichtet über elf einschlägige Fälle, welche von ihm in der Münchener Frauenklinik beobachtet wurden. Vier davon dürften durch Tubenabort entstanden sein, ein Fall durch Bersten von Varizen an der Oberfläche eines Ovarialtumors. Bei den sechs

restlichen Fällen konnte eine Ursache nicht nachgewiesen werden. In drei Fällen wurde zur Operation geschritten, da die Diagnose auf Hämatocele nicht gemacht wurde. In allen übrigen Fällen wurde symptomatisch vorgegangen. Bettruhe, Eisblase, Sekale, Umschläge, eventuell Opium oder Morphium beim Entstehen der Hämatocele; später heiße Vaginalspülungen, warme Bäder, Tampons, getränkt in Jodglyzerin und Ichthyol, sowie Pinselungen mit Jodtinktur. Vf. wurde hiebei von den Intentionen Winkels geleitet, welcher bei Hämatocele retrouterina niemals operiert und auch noch niemals eine Patientin an Hämatocele retrouterina verloren hat. Von den acht auf konservativem Wege behandelten Fällen verließen zwei gegen den ärztlichen Rat vorzeitig die Klinik, bei den übrigen war der Heilungsprozeß ein sehr befriedigender. — (Inaug. Dissertat., München 1902.) K ö n i g s t e i n.

Ueber Alkoholtherapie bei entzündlichen Veränderungen des weiblichen Genitaltraktes. Von S. Schmid.

Vf. beschreibt zuerst die Methode selbst. Das Abdomen wird einschließlich der seitlichen Partien bis zur Höhe des Nabels mit einer Leinwandkompreßte bedeckt, welche vorerst in 60%igem, dann in 95%igem Alkohol getränkt wurde. Darüber kommt eine Lage Guttapercha, um einen luftdichten Abschluß zu erzielen. Das Ganze wird mittels einer Flanellbinde fixiert. Es findet täglich ein dreimaliger Wechsel statt. Gleichzeitig wird in die Scheide ein Tampon eingeführt, welcher mit 30% Alkohol getränkt ist und da 24 Stunden liegen bleibt. Nach Entfernung des letzteren soll eine Scheidenirrigation mit 1%iger Lysollösung vorgenommen werden. Weiters ist Bettruhe einzubalten, reizlose Kost zu verabreichen und wenn der jeweilige Krankheitsstatus es erlaubt, Massage in Anwendung zu ziehen. Treten die Menses ein, dann ist jede Behandlung auszusetzen. Im allgemeinen wird die Behandlung sehr gut vertragen. Treten gleich zu Beginn Schmerzen, Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung auf, so darf man sich dadurch nicht ins Bockshorn jagen lassen, sondern ruhig fortsetzen, bis alle pathologischen Erscheinungen verschwunden sind. Vf. verfügt über 70 derart behandelte Fälle (aus dem Krankenhaus l. d. J.) und stellt diesen zum Vergleich 26 ähnliche Fälle gegenüber, die mit Ichthyolglyzerin behandelt wurden. Von diesen 70 Fällen waren sämtliche Erkrankungen entzündlicher Natur und zwar 33 des Endo- und Perimetriums, 26 des Endo- und Perimetriums, sowie der Adnexe, zehn des Endo- und Parametriums, eine Kolpitis. Bei

20 Fällen (= 28·5%) trat vollständige Heilung ein mit einer Krankheitsdauer von 891 Tagen. Zwei Fälle (= 2·9%) wurden mit subjektivem Wohlbefinden, jedoch ohne objektive Besserung entlassen nach einer Krankheitsdauer von 49 Tagen. In elf Fällen (= 15·7%) wird subjektive und objektive Besserung erzielt nach 489 Krankheitstagen. In drei Fällen (= 4·3%) wurde wohl eine subjektive Besserung erzielt, jedoch war der objektive Befund unverändert mit einer Krankheitsdauer von 80 Tagen. In den restlichen 31 Fällen (= 44·3%) war nicht bloß subjektives Wohlbefinden, sondern auch objektive Besserung vorhanden mit einer Krankheitsdauer von 1421 Tagen. Von den mit Ichthyol behandelten 26 Fällen waren ebenfalls sämtliche Erkrankungen entzündlicher Natur und zwar zehn des Endo- und Perimetriums, fünf des Endo- und Parametriums, elf des Endometriums der Adnexe Ligamente und serösen Ueberzuges. Davon wurden in einem Falle (= 3·9%) vollständige Heilung erzielt mit 49 Krankheitstagen, in fünf Fällen (= 19·2%) waren die Frauen vollkommen schmerzfrei, jedoch objektiv nur eine Besserung zu konstatieren. Die Krankheitsdauer betrug 171 Tage, in neun Fällen (= 34·6%) war sowohl subjektiv als auch objektiv eine Besserung zu konstatieren und betrug die Zahl der Krankheitstage 238, in drei Fällen (= 7·7%) war weder subjektiv noch objektiv eine Besserung des Leidens nachzuweisen. Die Krankheitstage betragen in diesen Fällen 50. — (Inaug. Dissertat. München 1902.)

K ö n i g s t e i n.

Wie weit können wir durch spezielle Ernährung während der Schwangerschaft zur Erleichterung der Geburt beitragen?

Von Bokelmann.

Es wäre in vielen Fällen sehr erwünscht, den Geburtsverlauf erleichtern zu können. Prochownik hat seinerzeit die Idee angeregt, durch zweckentsprechende Diät der Mutter die Größen-, resp. Wachstumsverhältnisse der Frucht derart zu beeinflussen, daß der Geburtsverlauf aller Wahrscheinlichkeit nach ein leichterer wird. Prochownik wendete diese Methode bei allen Erstgebärenden an, weiters bei solchen Frauen, bei denen erfahrungsgemäß die früheren Geburten durch die übermäßige Größe der Frucht sehr erschwert waren, weiters in Fällen, wo Beckenenge geringeren Grades vorhanden war. Vf. hat nun durch acht Jahre diese Methode einer Nachprüfung unterzogen und ist zu dem Resultate gelangt, daß man tatsächlich imstande ist, durch Verabreichung einer zweckentsprechenden Diät am Ende der Gravidität einen leichteren Ge-

burtsverlauf zu erzielen. Wenn man auch dafür in allen Fällen keine Garantie bieten kann, so hat man doch wenigstens einige Wahrscheinlichkeit auf einen Erfolg. Vf. empfiehlt schon im Beginne des letzten Drittels der Schwangerschaft unter allmählichem Uebergang von der bisher gewohnten Ernährungsweise die Diät nach Prochownik zu verabreichen. Irgend welche Nachteile konnte er nicht bemerken. Die Wachstumsverhältnisse der Gebärmutter und der Frucht sind jedoch genauestens zu überwachen, um nicht schwächliche Kinder zu erzielen. Die auf diese Weise gewonnenen Kinder sind auffallend schlank, fettarm, ohne jedoch in ihrer Entwicklung auffallend zurückgeblieben zu sein, die Kopfknochen leicht verschieblich. Bei den Frauen ließ sowohl die Wehentätigkeit als auch Bauchpresse nichts zu wünschen übrig. Allerdings muß hervorgehoben werden, daß die künstliche Frühgeburt durch das Verfahren wohl mitunter umgangen, aber nicht ersetzt werden kann. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 6, 1902.) K ö n i g s t e i n.

Ueber subkutane Injektionen von Unguentum paraffini. Von Moszkowicz.

Die von Gersuny seinerzeit empfohlene subkutane Injektion von Unguentum paraffini wird im Rudolfinerhause zu Wien, der Geburtsstätte dieses Verfahrens, fleißig praktiziert, und Vf. berichtet anschließend an die seinerzeitigen Veröffentlichungen seines Chefs die weiteren Erfahrungen jüngeren Datums. Vf. führt 30 Fälle vor, in denen die Methode zur Anwendung kam und die sich auf einen Zeitraum von zwei Jahren erstrecken. Vf. gibt eine genaue Angabe der Technik und beschreibt jeden einzelnen Fall aufs genaueste. Eine Schädigung der Patienten wurde niemals verursacht, dagegen waren eine ganze Reihe bemerkenswerter Erfolge zu verzeichnen. Wenn man sich genau an die Vorschrift Gersunys hält, ist jeder Mißerfolg ausgeschlossen, und jener Fall von Pfannenstiel, der seinerzeit wegen seines letalen Verlaufs solches Aufsehen erregte und gegen diese Methode ins Feld geführt wurde, ein starker Beweis dafür, daß die Technik keine korrekte war. Das Punctum saliens der ganzen Frage liegt darin, ob das Vaseline unverändert an Ort und Stelle liegen bleibt. Vf. ist, gestützt auf seine diesbezüglichen Erfahrungen, der Ansicht, daß das Vaseline, unter geeigneten Bedingungen gebracht, nicht wandert, sondern an der Injektionsstelle abgekapselt wird. Da es auch nicht der Resorption unterliegt, so sind die Erfolge bleibende. Ganz besonders verbreitet sich Vf. über drei gynäkologische Fälle. Es handelt sich

um Prolaps der Scheide und des Uterus und mußte der operative Eingriff unter allen Umständen umgangen werden. Da überdies auch ein Partus ziemlich ausgeschlossen war, so wurde Paraffin injiziert, und war der Erfolg in allen drei Fällen ein günstiger. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1902.) **Königstein.**

Ueber den Einfluß der Behandlung syphilitischer Mütter auf das Schicksal des Fötus. Von Riehl.

Vf. weist darauf hin, daß die Sterblichkeit der Kinder an Syphilis erkrankter Mütter eine sehr hohe ist, wenn es sich um recente Luës handelt. Die Erfahrung lehrt, daß eine antiluëtische Allgemeinbehandlung daran nicht viel ändert. Vf. ist der Ansicht, daß der häufigste Grund für den Tod der Frucht in der luëtischen Erkrankung des Uterusinnern, der Decidua und Placenta gelegen ist und vergleicht die Gebärmutter mit einem von gesunden Organen gedeckten Syphilom, da sie mit großer Wahrscheinlichkeit Syphilisprodukte birgt. Vf. schlägt, von diesen Ueberlegungen ausgehend, vor, die lokale Behandlung der Gebärmutter mit Quecksilber zu versuchen, und zwar in der Art, daß Vaginalkugeln mit 1 g Quecksilbersalbe vor die Portio gebracht und hier durch einen Tampon fixiert werden. Diese Therapie ist nach Möglichkeit während der ganzen Schwangerschaft in Anwendung zu bringen und daneben hat Allgemeinbehandlung stattzufinden. Der Erfolg, den Vf. erzielte, war insofern ein guter, als der Prozentsatz der Mortalität auf 12% und der Morbidität auf 21% sank, weshalb Vf. zur Nachprüfung auffordert. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26, 1901.) **Königstein.**

Ueber die Ovarialcysten als Geburtshindernis. Von Bossi.

Vf. versucht in vorliegender Arbeit den Standpunkt zu präzisieren, den der Geburtshelfer einzunehmen hat, wenn größere Ovarialtumoren eine bestehende Gravidität, bezw. den Geburtsverlauf komplizieren. Ovarialtumoren größeren Umfanges sind bekanntlich in stände, schwere Geburtsbehinderungen abzugeben und erfordern ein zielbewußtes, den Umständen angemessenes Eingreifen von Seite des Geburtshelfers. Vf. macht nun ein diesbezügliches Vorgehen davon abhängig, ob der Tumor bereits während der Gravidität mit Sicherheit erkannt wurde oder erst während des Geburtsverlaufs. Im ersteren Falle ist die sofortige Entfernung am Platze, besonders in den ersten sechs bis sieben Monaten, in letzterem Falle jedoch ist die Entfernung aus dem Beckenraum auf manuellem Wege anzustreben. Hierbei empfiehlt Vf. als besonders

unterstützendes Hilfsmittel die Chloroformnarkose, sowie Beckenhochlagerung. Verlaufen diese Versuche resultatlos, dann muß man operativ vorgehen und den Tumor durch Punktion zu verkleinern suchen, und wenn dies ebenfalls mißlingt, zur Entfernung des Tumors schreiten. Zur Beleuchtung des eben Auseinandergesetzten führt Vf. vier Fälle an, deren Krankengeschichte er genauest angibt. Bei zweien dieser Fälle wurde im sechsten, respektive vierten Monate der Gravidität cystische Ovarialtumoren per laparatomiam entfernt, die die Größe eines Kopfes erreichten, und nahm die Gravidität weiterhin ihren normalen Verlauf. Die zwei anderen Fälle boten das Bild eines absoluten Geburtshindernisses, herbeigeführt durch Verlegung des Geburtskanals durch Ovarialgeschwülste von Kindskopfgroße. Erst in Chloroformnarkose und Beckenhochlagerung gelang die Reposition. Die Geburt wurde in beiden Fällen durch Anlegen des Forzeps beendet und ein lebendes Kind gebracht. Später wurde dann die Entfernung der Geschwulst vorgenommen. — (Ann. di ost. e gin., Nov. 1902.)

Königstein.

Der Zirkulationsapparat in der Schwangerschaft. Von E.

Bononi.

Vf. machte es sich zum Vorwurf, das Verhalten der Kreislauforgane, besonders des Herzens, in der Gravidität zu studieren, und berichtet über eine größere Zahl von klinischen, anatomischen und histologischen Untersuchungen. Seine Versuche erstreckten sich über 28 gesunde Schwangere, bei welchen während der Gravidität, des Geburtsverlaufes und kurz nach erfolgter Geburt, sowie im Wochenbette die Herzdämpfung aufs genaueste bestimmt wurde. Hierbei ergab sich, daß die Herzdämpfung während der Gravidität allmählich zunimmt, um nach stattgehabter Geburt wieder abzunehmen. Eine zweite Versuchsreihe wurde in der Art an verschiedenen Tieren in schwangerem und nicht schwangerem Zustande angestellt, daß die Gewichtsverhältnisse des Herzens bestimmt wurden, wobei sich fand, daß das Gewicht des Herzens während der Schwangerschaft zunimmt und besonders der linke Ventrikel in seinen Wandungen wesentlich hypertrophiert. Die histologischen Untersuchungen bezogen sich auf das Verhalten der Querstreifung und die Größe der einzelnen Muskelzellen. Die letzteren zeigten deutlich eine Zunahme ihres Volumens, besonders der Breite nach. Vf. schließt aus allen diesen Beobachtungen, daß die Gravidität an sich eine wahre Hypertrophie des Myokards, besonders des linken

Ventrikels verursacht. Diese Hypertrophie ist rein physiologisch, da sie nach dem Wochenbette wieder verschwindet. Vf. berichtet weiters über 34 Blutuntersuchungen, die er an Schwangeren und Wöchnerinnen ausgeführt hatte, bezüglich des Hämoglobingehaltes und Zahl der Blutzellen. Er fand, daß in der überwiegenden Anzahl der Fälle die Zahl der roten Blutkörperchen, sowie der Hämoglobingehalt gegen Ende der Gravidität herabgesetzt ist, daß also ein leichter Grad von Anämie durch die Gravidität hervorgerufen wird. Im Beginn des Wochenbettes, besonders wenn stärkere Blutverluste vorausgegangen sind, nehmen Blutkörperchen und Hämoglobingehalt noch stärker ab, und erst am Ende des Puerperiums kehren nach und nach normale Verhältnisse zurück. — Ann. di ost. e gin., Okt. 1902.)

Königstein.

Chorea und Schwangerschaft. Von F. Campione.

Vf. berichtet über eine erblich belastete Patientin, welche bereits im Alter von 13 Jahren längere Zeit an Hemichorea gelitten hatte. Während ihres dritten Wochenbettes brach diese Neurose in wesentlich stärkerem Maße von neuem aus. Ueberdies kamen noch typische Erscheinungen von Hysterie, so Bolus hystericus, laryngeale Spasmen, einseitige Anplopie und Herminästhesie, hinzu. Diese Erscheinungen gingen dann zurück, um bei der nächsten Gravidität bereits frühzeitig in heftigster Weise hervorzu brechen und sich im Verlaufe der Gravidität zu steigern. Man dachte daran, die Gravidität auf künstlichem Wege zu unterbrechen, jedoch wurde dieser Vorschlag abgelehnt und die Gravidität ging ihrem normalen Ende zu und wurde ein lebendes Kind geboren. Der Zustand der Patientin blieb jedoch nach der Geburt vollständig unverändert, und konnte nur vorübergehend durch innerliche Medikation von Hyoscin, Brom und Chloral eine Besserung des Zustandes erzielt werden. Anschließend an die genaue Krankengeschichte, stellt Vf. Betrachtungen an über den Zusammenhang zwischen Gravidität und Chorea und negiert letzteres für viele Fälle, weshalb auch die Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Gravidität nur mit größter Vorsicht gestellt werden darf. Nur in jenen Fällen, wo sich die Krankheitssymptome im Verlaufe der Gravidität derart steigern, daß Gefahr für das Leben der Mutter besteht, hält Vf. den operativen Eingriff für berechtigt. — (Arch. di ost. e gin., Dez. 1902.)

Königstein.

Dermatologie.

Die Hygiene und Behandlung des Herpes pro genitalis. Von Dr. E. Braye.

Unter dem Einflusse der grundlegenden Lehren *Lancereaux'* und *Gigot-Suards* stehend, verfechten die Franzosen mit viel Geschick und plausibler Argumentation den diathetischen Charakter herpetischer Ausbrüche; daher auch die Zusammenfassung aller hieher zu rechnenden Erkrankungsformen unter dem Sammelbegriffe des „*Herpetismus*“. Im Sinne seiner Meister definiert denn auch B. den Herpetismus als eine Diathese, deren Ursprung in letzter Linie auf Innervationsstörungen zurückzuführen ist. Als direkte Ursache sei die Retention von Ausscheidungsprodukten im Blute zu betrachten, die bei Funktionsstörungen der Eliminationsorgane (Nieren und Schweißdrüsen) zustande kommt.

Unter den klinischen Formen des genitalen Herpes nehmen ein besonderes Interesse jene Arten für sich in Anspruch, welche beim Manne das Bild einer Balanitis, respektive Balanoposthitis vortäuschen, und beim Weibe unter dem Bilde einer Vulvitis, respektive Vaginitis ablaufen.

In differentialdiagnostischer Hinsicht ist den herpetischen Ulcerationen eine Sonderstellung einzuräumen; die hiebei entscheidenden Kriterien sehen wir B. treffend ins Feld führen. Daß die genitalen Bläschenausbrüche mit Eruptionen im Bereiche der Lider, Lippen, Zunge, Wangen und Nasenschleimhaut alternieren und auch zusammentreffen, kann unseres Erachtens nur als gelegentliches Vorkommnis angeführt werden, nicht aber, wie B. es tut, als eine das typische Krankheitsbild vervollständigende Erscheinung.

In dankenswerter Genauigkeit zieht B. in den Kreis seiner Betrachtungen die namentlich von *Gigot-Suard* erläuterten herpetischen Schleimhautläsionen der Urethra. Es sind das charakteristische, endoskopisch feststellbare, mit Hyperämie, Epitheldefekten und selbst seichten Ulcerationen einhergehende Veränderungen, die, abgesehen davon, daß sie häufig genug bedeutende subjektive Beschwerden verursachen, auch mit stärkerer Sekretabscheidung einhergehen können und hiedurch dem Unerfahrenen als Blennorrhöe imponieren. (Ref.)

Die Infektion vermag meist nur eine sekundäre Rolle zu spielen, insoferne als die gesetzten herpetischen Gewebsprodukte

der sekundären Keimansiedlung einen günstigen Haftboden bieten. Das Grundleiden selbst als infektiös zu erklären, d. h. auf eine durch Toxine bedingte Nervenalteration zurückzuführen, haben wir bis heute keine Berechtigung. In diesem Sinne läßt sich denn auch B. von Rogers (les maladies infectieuses) lockender Hypothese nicht beirren.

Die hygienischen Maßnahmen haben sich, ausgehend von der Annahme, daß die Hauptursache des Herpetismus in der Harnsäure-, respektive Hippur- und Oxalsäureüberladung des Blutplasmas zu erblicken sei, zunächst auf die Regelung der Ernährung zu beziehen. In dieser Hinsicht empfiehlt B. die von Bouchardat und Dujardin-Beaumez vorgeschriebene Diät: weißes Fleisch, Geflügel, kein Wild, wenig Eier und Fische, keine reifen Käse, grüne Gemüse (weder Spinat noch Paradeis, wegen des Oxalsäuregehaltes), keine Gewürze, Schwämme. Obst (besonders Trauben), von Getränken: alkalische Wässer (Vichy, Karlsbad, Evian), leichte Weine (Bordeaux), Biere, keinen Tee oder Schokolade (im Tee 3·75 g Oxalsäure auf 1000 g, in der Schokolade 4·5 g auf 1000 g). Des weiteren werden Körperübungen aller Art empfohlen.

Die Allgemeinbehandlung des Herpetismus hat sich zunächst auf eine Kräftigung des Organismus zu erstrecken; Brompräparate, Jodverbindungen (Jodkali), Arsensolutionen seien hier am Platze. Der Hauptwert sei indes auf eine ausgiebige alkalische Medikation zu legen. Von Arsenpräparaten ist die Fowler'sche Lösung von besonderem Nutzen, das Natrium cacodylicum hat sich in dieser Hinsicht nicht bewährt. Von alkalischen Mitteln ist dem doppelkohlensauren Natron, dem Natrium benzoicum und Lithionum carbonicum der Vorzug zu geben.

Als lokale Heilmittel des Herpes genitalis haben sich dem Vf. heiße Waschungen, Stärkebäder, sowie Aufstäubungen von Kalomel, Zinkoxyd, Bismut salicylicum u. a. nützlich erwiesen.

Die nässenden Formen sind mit Karbol (1%) und Bor- (2%) Waschungen zu behandeln. Gut wirkten auch Bleiwasserumschläge.

Prophylaktisch wirken gegen neuerliche Attacken adstringierende Waschungen, gleichwie die konstante Isolierung der Schleimhautflächen.

Von abortivem Einflusse sollen mit 3% Resorcinalkohol getränkte Kompressen sein (bei einem Zusatz von 1—2% Kokain).

— (Herpétisme des organes génito-urinaires. Librairie J. R o u s s e t. Paris 1902.) N.

Kasulistische Mitteilungen über Hautveränderungen durch Arsenik. Von Dr. A. Jordan.

Vier Fälle von Arsendermatosen: I. Ein Psoriatiker, der 16 Jahre hindurch fast täglich 4 mg Arsen genommen hatte, zeigt symmetrisch an beiden Fersen bis erbsengroße V e r h o r n u n g e n von g r a u s c h w a r z e r F a r b e. Einstellung der Arsenmedikation, sowie Anwendung erweichender Mittel bewirken eine langsame Rückbildung der Veränderungen. II. A r s e n m e l a n o s e nach 60 subkutanen Arsenikinjektionen, an Hals und Brust von einer Dame. III. Nach 14tägigem Einnehmen von 2 mg Arsen ausgedehnter H e r p e s z o s t e r. IV. Bei einem Herrn, der wegen Lichen planus in zwei Monaten 0·7 g Acid. arsenicos. genommen hatte, traten an Handtellern und Fußsohlen l i v i d r o t e Verfärbung und mit wasserhellem Serum gefüllte B l a s e n auf. Trotz fortgesetzten Arsengebrauches hielten sich diese Veränderungen in mäßigen Grenzen. — (Petersburg. med. Wochenschr. Nr. 18, 1902.)

N.

Ueber Bromokollresorbin. Von Dr. R. Ledermann.

Bei Formen des lokalen P r u r i t u s am Mastdarm, der Vulva und anderen Stellen, bei denen alle möglichen Mittel erfolglos angewendet waren, sah L. von 20%igem Bromokollresorbin günstigen Erfolg. Bei Pruritus ani wurde die Wirkung der Dibromtannin-Leimverbindung (mit 20% organisch gebundenem Brom) noch durch Suppositorien (Bromokoll 1·0, Butyr. Kakao 2·0) verstärkt. Auch chronisch-entzündliche Dermatosen zeigten günstige Reaktion; daneben aber auch Mißerfolge. — (Fortschr. d. Med. Nr. 14, 1902.)

N.

Idiosynkrasie gegen Quecksilberpräparate. Von Dr. Fanelli da Lojano.

Bei einem 28jährigen Mann, der wegen einer komplizierten Beinfraktur 1‰ige S u b l i m a t u m s c h l ä g e verordnet erhielt, stellte sich gleich am folgenden Tage eine äußerst heftige Schwellung mit erysipelartiger Rötung und Bildung von Blasen über der ganzen Körperoberfläche ein. Die Schleimhäute waren ebenfalls an dem entzündlichen Prozesse stark beteiligt: Conjunctiva, die ganze Mundhöhle bis hinten in den Rachen, Urethralmündung. Der Prozeß war mit heftigem Brennen und Jucken und mit kolossaler seropurulenter Sekretion verbunden. Erst nach

16*

14 Tagen begann die Sekretion nachzulassen und machte einer hochgradigen Desquamation der ganzen Körperoberfläche vom Scheitel bis zu den Fußsohlen Platz. Nach 40 Tagen war der Prozeß abgelaufen und blieb noch während einer gewissen Zeit eine Rötung der Tegumente übrig. Als prädisponierende Momente für diese Idiosynkrasie gegen Quecksilber werden in dem speziellen Falle Alkoholismus und Neuropathie des Patienten und dessen Eltern angegeben. — (Rif. med. Nr. 67, 1902.) N.

Folgen nach Gebrauch eines sogenannten unschädlichen Haarfärbemittels. Von Dr. J. Schütz.

Nach einmaliger Anwendung eines Haarfärbemittels entwickelte sich bei einem Herrn eine schwere Dermatitis der Kopfhaut, des Gesichtes, des Halses und der Brust, sowie zuletzt der Handteller. Drei Wochen hindurch nahmen die Erscheinungen zu. 14 Tage dauerte die Heilung.

Der Pat. erhob Klage gegen die Vertriebsstelle des als „absolut unschädlich“ angepriesenen Mittels „Juvenia“ und Vf. als Sachverständiger gab sein Gutachten dahin ab, daß sich die Erkrankung mit dem Bilde einer Pyrogallol-Dermatitis decke. Die chemische Analyse stellte fest, daß die beiden, nacheinander anzuwendenden Teile des Mittels aus einer Wasserstoffsperoxydlösung und einer Paramidobenzollösung bestanden.

Vor dem Paramidobenzol (auch Paraphenylendiamin) als Färbemittel lebenden Haares ist schon wiederholt auf Grund einer größeren Zahl ganz ähnlicher Beobachtungen wie der vorliegenden gewarnt worden. Die Färbemittel „Fo“ und „Phönix“ enthielten es auch. Eine Ausnahmsstellung müssen wir in dieser Hinsicht doch dem „Aureol“ zusprechen, wenn es auch gelegentlich reizend wirkt (s. II. 3 dieser Zeitschr.). Vf.s Appell an die Legislative: dem Publikum größeren Schutz gegenüber solchen gefährlichen äußeren Mitteln zu gewähren, zeigt gewiß von wärmster Humanität, doch glauben wir, daß der Gesetzgebung vorläufig noch wichtigere prophylaktische Aufgaben harren. — (Aerztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 6, 1902.) N.

Vegetarische Diät gegen chronische Furunkulose. Von Dr. Guensbürg.

In hartnäckigen Fällen chronischer Furunkulose, meist mit Ueberschuß von Harnsäure einhergehend, sah Vf. gute Erfolge vom vegetarischen Regime. Wirksam sei hiebei die verminderte

Zufuhr von Albuminsubstanzen (da Pflanzenalbumin ärmer an Nukleïn, als Fleischalbumin). Nukleïn sei somit als der hauptsächlich Harnsäure bildende Stoff zu betrachten und Fleischnahrung prädisponiere daher zu Gicht und verwandten, mit harnsaurer Diathese zusammenhängenden Krankheiten. Obwohl diese Ansicht nicht allgemein geteilt wird, glaubt Vf. doch, dieselbe mit seinen Wahrnehmungen bekräftigen zu können. — (Dermatol. Zeitschr. H. 1, 1903.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Die Behandlung der akuten und subakuten Gonorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen. Von Dr. H. G. Klotz.

Das vom Autor eingeschlagene Verfahren, das keineswegs auf absolute Originalität Anspruch erhebt, stützt sich zunächst einmal auf die von ihm gemachte Erfahrung, daß medikamentöse Flüssigkeiten von der Schleimhaut der Harnröhre weit besser getragen werden, wenn sie von hinten nach vorn als in umgekehrter Richtung die Harnröhre durchfließen. Das diesen Zwecken dienende Instrument ist eine 3 cm³ haltende Spritze, welche einem ungefähr 18 cm langen, gegen das Ende zu etwas gebogenen Hartgummirohr mit aufgeschraubtem, olivenförmigem Kopf und seitlichen Oeffnungen an dem letzteren aufgesetzt wird, im ganzen also der wohlbekannte U l t z m a n n'sche Instillator. Das Instrument wird bis zum Bulbus eingeführt, die Spritze entleert, wobei die Harnröhrenmündung durch Zusammendrücken geschlossen wird, hierauf die Spritze entfernt, die Lösung, $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ % Argent. nitric., aber erst nach einer Einwirkung von zwei Minuten abfließen gelassen; in der Regel folgt dieser ersten Einspritzung noch eine zweite unter den gleichen Kautelen. Brennen tritt meist erst nach dem Abfließen der Lösungen auf und hält sich in mäßigen Grenzen.

Dieses ursprünglich nur bei älteren Gonorrhöen in Anwendung gezogene Verfahren wurde im weiteren Verlaufe, insbesondere auf Anregung durch den v. S e h l e n'schen Artikel über Frühbehandlung der Gonorrhöe, mit einigen Modifikationen auch bei frühen Stadien der Urethritis geübt, in sehr frühen Stadien das Ansatzrohr bloß bis in die Mitte der Pars pendula, in späteren bis zum Bulbus eingeführt; benützt wurden die neuen Silberpräparate, Argonin 10%, Protargol 2—4% und Albargin 1 und 2%; wenn

auch die Reizwirkung dieser Mittel keine bedeutende ist, so genügt sie immerhin, die Sekretion zu vermehren, bezw. zu unterhalten, auch bei Schwinden der Gonokokken, weshalb die Pausen in der Applikation der Silberpräparate zur Verwendung von Adstringentien benützt werden. Ohne daß dieses Verfahren als Abortivverfahren angesehen werden darf, läßt sich dennoch sagen, daß eine Reihe von Fällen, die früh genug zur Behandlung kommen, tatsächlich in wenigen Tagen ablaufen. Natürlich ist die Behandlung nicht für alle Fälle anwendbar und führt auch nicht immer zu dem angestrebten raschen Resultat, doch kommt es nur selten zu Komplikationen, weil die Krankheitserscheinungen bereits früh auf einen geringen Grad beschränkt werden. An der Hand einiger als Paradigmen anzusehender Krankengeschichten wird die Wirkung der geübten Methode dargetan. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 60.)

D.

Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe.

Von Dr. Pollio.

Das Verfahren von J u s t u s, in syphilitischen Geweben mit Quecksilber behandelter Individuen durch Vorbehandlung der exzidierten Stücke mit Chlorzink und Schwefelwasserstoff den spezifischen Einfluß des Quecksilbers auf das Gewebe nachzuweisen, wurde von P. nachgeprüft und tatsächlich in exzidierten Papeln etc. jene scholligen Massen von bräunlicher Farbe gefunden, die auch J u s t u s beschreibt. Soll aber von einem spezifischen Einfluß auf syphilitische Gewebe die Rede sein, so mußte auch das Verhalten nicht syphilitischer Gewebe (von Tieren, die mit Hg. behandelt worden waren) untersucht werden. Der Befund in diesen Geweben war dem ersten ganz analog, es konnte also von einem spezifischen Einfluß nicht die Rede sein. Es handelte sich weiter darum, zu erweisen, ob die J u s t u s'sche Methode eine quantitative Bestimmung des Hg.-Gehaltes der Gewebe zulasse; es zeigte sich, daß der Befund der bräunlichen Schollen dem größeren oder geringeren Quecksilbergehalte der Gewebe a b s o l u t n i c h t e n t s p r a c h. Dieses eigentümliche Verhalten veranlaßte P. zur Untersuchung, ob die Niederschläge überhaupt etwas mit Quecksilber zu tun hätten, und als er q u e c k s i l b e r f r e i e s Gewebe der gleichen Behandlung mit $Zn Cl_2$ und $H_2 S$ unterzog, fanden sich auch hier die erwähnten bräunlichen, scholligen Gebilde. Es liegt daher nahe, diese Gebilde als Niederschläge von der Behandlung mit $Zn Cl_2$ und $H_2 S$ zu betrachten. Als natürliche Folgerung ergibt

sich die Unbrauchbarkeit der genannten Methode für den angestrebten Zweck. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 60.) D.

Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von Quecksilber und Jodpräparaten. Von Dr. Fritz Lesser

Allen Aerzten wohlbekannt ist die Warnung der Ophthalmologen, bei interner Medikation von Jod nicht gleichzeitige Einstäubungen von Kalomel in den Bindehautsack vorzunehmen. Lesser hat nun Untersuchungen darüber angestellt, wie sich überhaupt die verschiedenen Applikationsarten der verschiedenen Quecksilberpräparate zu einer gleichzeitigen Jodtherapie verhalten. Er benützte zu diesen Zwecken mit Jod vorbehandelte Kaninchen und jodfreie Kontrolltiere. Für die innerliche Darreichung von Quecksilberpräparaten ergab sich, daß Kalomel, Protojoduretum Hydrargyri und Hydrargyrum oxydulatum tannicum kontraindiziert sind, sobald Jodsalze im Organismus kreisen, es kommt dann zur Bildung reizend oder ätzend wirkender Quecksilberverbindungen (Quecksilberjodid), dagegen kann Sublimat innerlich unbeschadet einer gleichzeitigen Jodkur verwendet werden. Bezüglich der subkutanen Applikation ergab das Experiment die Unschädlichkeit sämtlicher löslicher Quecksilbersalze bei gleichzeitigem Jodgebrauch, dasselbe gilt auch von den unlöslichen Salzen (Hydr. salicyl., Hg. thymoloacet. und Ol. ciner.), nur Kalomel erscheint auch hier kontraindiziert, weil es an der Injektionsstelle bei Jodtieren zu Reizungen kommt (auch bei Menschen beobachtet); da aber diese Reizung eine rein lokale, vorübergehende Schädigung (Entzündung) darstellt, so können nichtsdestoweniger, wo eine synergetische Wirkung beider Mittel erwünscht ist, auch beide nebeneinander zur Anwendung gelangen. Bezüglich der kutanen (äußerlichen) Applikation von Quecksilbersalben bei Vorhandensein von Ulcerationen ist Kalomel und weiße Präzipitatsalbe kontraindiziert, wenn große Dosen von Jodalkalien innerlich verabreicht werden. Viel empfindlicher sind in dieser Beziehung die Schleimhäute, Konjunktiva, Larynx, auch der Präputialsack gegen die genannten zwei Präparate; ebenso muß man sich aber auch hüten, bei interner Jodbehandlung Urethra oder Blase etwa mit Sublimatpülungen oder solchen von Hydr. oxycyanatum zu machen. Den Schluß der Arbeit widmet der Autor der chemisch-theoretischen Frage der Jodquecksilberbildung. — (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 60.) D.

Ueber Mandelschlitzung bei einigen Fällen von langwieriger und recidivierender Luës der Tonsillen. Von Dr. Nicolai.

„Das Verfahren der Mandelschlitzung besteht darin, daß man mit einem gewöhnlichen Schielhaken in die etwa neun bis zehn betragenden Oeffnungen, welche beiderseits auf jeder Mandel die sichtbaren Eingänge zu den Krypten und Tonsillen bilden, eingeht und die mediale Wand der Lakune mittels desselben einreißt, indem man zuerst den stumpfen Haken in die betreffende Lakune eindrückt und dann mit einem raschen Ruck die Gewebsbrücke durchreißt.“ Dieses von v. Hofmann bei chronischen Reizzuständen der Konjunktiva empfohlene Verfahren wurde vom Autor in jenen ganz hartnäckigen Fällen von luëtischer Tonsillenerkrankung in Anwendung gezogen, bei welchen es immer wieder zu rezidivierenden Plaques kommt, bezw. die letzteren, trotz gründlicher Allgemein- und Lokalbehandlung, nicht zum Schwinden gebracht werden können. Handelt es sich hierbei gleichzeitig auch um eine ausgesprochene Hypertrophie der Tonsillen, so ist natürlich die Amputation der letzteren zunächst in Erwägung zu ziehen und wird in ihre Rechte treten, insolange nicht etwa äußere Gründe (Aengstlichkeit des Patienten) dagegen sprechen. Es kommen aber diese hartnäckigen Plaques auch ohne besondere Hypertrophie der Mandeln zur Beobachtung, und es scheint, daß sie bedingt sind durch den Reiz, den die in den Lakunen verborgenen, tief liegenden Pröpfe ausüben. Diese Pröpfe geben auch das Merkzeichen dafür ab, ob die Schlitzung vorgenommen werden soll; streift man nämlich von hinten unten her mit einem Mundspatel über eine solche Tonsille, so sieht man entweder die Pröpfe hervorragen oder eitriges oder eitrig-schleimiges Sekret aus den Oeffnungen dringen. Manchmal kommt es allerdings vor, daß der Befund in dieser Beziehung negativ ist; entschließt man sich dennoch wegen der Perseveranz der Krankheitserscheinungen zur Schlitzung, so findet man oft ganz beträchtliche Mengen käsiger Massen in den Lakunen.

Der Autor übt das Verfahren bereits seit sechs Jahren, konnte aber von den vielen Fällen bloß 18 genauer verfolgen, in denen sämtlich das Resultat ein außerordentlich befriedigendes war. Da der Verlauf all dieser Fälle im ganzen und großen ein ähnlicher ist, so wird an der Hand zweier Krankheitsgeschichten die günstige Wirkung des Verfahrens dargetan. (Dermatol. Zentralbl. Nr. 4 u. 5, 1903.)

D.

Ein Beitrag zur Frage der individuellen Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Von Dr. Neuberger.

Der II. internationalen Konferenz über die Prophylaxe der venerischen Krankheiten wäre es vorbehalten, eine Anzahl von Thesen, die der Autor als Aufklärungssätze bezeichnet, unter Aerzte und Spezialärzte zur Verteilung zu bringen, die dann von den behandelnden Aerzten an die Kranken abzugeben wären. Als solche Thesen schlägt der Autor vor:

I. Jede geschlechtlich erkrankte Person hat die Pflicht, sich sofort zu einem praktischen Arzte oder Spezialarzte zu begeben, da nur auf diese Weise manche Erkrankung schnell zur Heilung gebracht werden kann.

II. Geschlechtliche Krankheiten sind sehr oft von langer Dauer. Der Tripper ist häufig, selbst wenn der Patient keinerlei Erscheinungen mehr wahrnimmt, noch ungeheilt und ansteckend. Die Syphilis verlangt auch nach Beendigung der ersten Kur eine von Zeit zu Zeit zu wiederholende und auf mindestens zwei bis drei Jahre sich erstreckende Nachuntersuchung und eventuelle Weiterbehandlung des Erkrankten.

III. Die Ausübung des Beischlafes oder das Eingehen einer Ehe darf nur nach vorheriger Erlaubnis des Arztes vorgenommen werden, da sonst die Krankheit leicht weiter verbreitet werden kann.

IV. So ernster Natur auch die Geschlechterkrankungen sind, so sind sie doch bei der nötigen Sorgfalt und Ausdauer des Patienten in den meisten Fällen heilbar.

V. Vor Quacksalbern, Kurpfuschern und den Vertretern der arzneilosen Behandlung (Naturheilkundigen) muß eindringlichst gewarnt werden. Geschlechtliche Erkrankungen können nur von einem staatlich approbierten Arzt richtig erkannt und behandelt werden.

Gegen diese Sätze läßt sich kaum etwas einwenden; ihr Wert schrumpft allerdings bei näherer Betrachtung sehr zusammen, denn die Vermittlung der Sätze I und V liegt nicht in der Macht der Aerzte und die Sätze II, III und IV, die sich auf Kranke beziehen, die in ärztlicher Pflege stehen, sind auch heute inhaltlich bereits regelmäßig vom Arzte seinem Kranken mitgeteilt worden. — (Dermatol. Zentralbl. Nr. 2, 1903.)

D.

Kinderheilkunde.

Ueber den Wert der systematischen Lumbalpunktion bei der Behandlung des Hydrocephalus chronicus internus bei Kindern.
Von Prof. Joh. v. Bokay.

Trotz der skeptischen Ansichten vieler hat sich die chirurgische Behandlung des chronischen Hydrocephalus oft bewährt. Vf. hat die systematische Lumbalpunktion in 30 Fällen in Anwendung gebracht. Von diesen wird ein Fall ausführlich geschildert. Es handelte sich um ein vier Monate altes Kind, das im Anschluß an eine vor vier Wochen durchgemachte meningitisähnliche Erkrankung (Fieber, Konvulsionen, Opisthotonus, Starre der Extremitäten) einen konstanten Spasmus der Glieder, erhöhte tiefe Reflexe, Sopor, Vorwölbung der gespannten Fontanelle, weite, träge reagierende Pupillen und Zunahme des Kopfumfanges als Dauersymptome zeigte. Im Laufe von elf Monaten wurde die Punktion elfmal vorgenommen und insgesamt 283 cm³ (Minimum 5 cm³, Maximum 40 cm³) abgelassen; die durch den Hydrocephalus internus verursachten krankhaften Symptome hatten darnach vollkommen aufgehört. Noch im Alter von 3½ Jahren zeigte Patient tadellose geistige und körperliche Entwicklung.

Daß Kinder während eines größeren Zeitraumes die Abzapfung einer größeren Menge Hirnwassers gut vertragen, vorausgesetzt, daß die Punktionen nicht rasch hintereinander, sondern in längeren Zwischenräumen vollzogen werden und auf einmal eine nicht übergroße Quantität entleert wird, beweist der Fall eines zweijährigen Knaben mit hochgradigem Hydrocephalus im Gefolge von Cerebrospinal-Meningitis und konsekutiver vollständiger Idiotie; hier wurden in zwei Jahren in 15 Punktionen 660 cm³ entleert, ohne schädliche Nebenwirkungen. Die Punktionen wurden gut vertragen, die Entwicklung besserte sich, doch starb das Kind leider an einer interkurrenten Krankheit.

Auf Grund des geschilderten Falles, in Anbetracht des wirklich schönen Resultats, welches Autor mit systematischer Lumbalpunktion in verhältnismäßig kurzer Zeit erzielte, empfiehlt er, daß besonders bei chronischem Hydrocephalus im Gefolge von Hirnhautentzündungen das systematische Quincke'sche Verfahren in weiterem Kreise versucht werde, betont jedoch, daß die Einstiche nicht in zu kurzen Zwischenräumen wiederholt werden sollen

und daß nicht auf einmal zu viel Ventrikelflüssigkeit entleert werden soll; denn es kann bei zu rasch wiederholten Punktionen der Eiweißgehalt des Liquor cerebros spinalis bedeutend anwachsen, wobei der Kranke den großen Eiweißverlust schlecht verträgt.

Notwendig ist, daß die Kommunikation zwischen den Hirnventrikeln und dem subduralen Raum frei besteht, und das ist bei angeborenem und erworbenem Hydrocephalus internus in der Regel der Fall. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Febr. 1903.)

Zur Kasuistik der chirurgischen Therapie der Darminvagination. Von Floreu.

Nach einem kurzen Hinweis auf die wechselnden Erfolge bei den Behandlungsmethoden der Darminvagination bringt Autor die Krankengeschichte eines sieben Monate alten Kindes, das unter den typischen Erscheinungen einer Darminvagination erkrankt war. Bei der Laparotomie fand sich eine totale ileocöcale Intussuszeption, die bis zur Flexura lienalis reichte. Unter streichenden Bewegungen gelang es, die ganze Invagination zu lösen. Trotz fibrinösen Ausschwitzungen, die sich an einigen Stellen gezeigt hatten, ging der Fall in Heilung aus.

Vf. empfiehlt das Verfahren als milder und gefahrloser als andere Methoden. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 11, 1903.)

Ueber Sauerstoffinhalationen bei Kinderkrankheiten. Von Dr. A. Hecht.

In 18 Fällen wurden Sauerstoffinhalationen versucht, und zwar nicht um neue Erfolge in der über die Wirksamkeit der Methode schwebenden Diskussion anführen zu können, sondern um die Wirkungsweise der Methode durch zahlenmäßige Kontrolle des Pulses und der Atmungsfrequenz näher zu charakterisieren. Bei jüngeren Kindern wurde vom luftdichten Anschluß der Atmungsmaske abgesehen und die Art der Anwendung des Sauerstoffes bequemer gestaltet.

Von neun mit Sauerstoffinhalationen behandelten diphtheritischen Larynxstenosen zeigten zwei einen deutlichen Einfluß dieser Therapie auf die Atmung. Die Pulsfrequenz fiel bei allen ziemlich konstant ab, am ausgiebigsten im Schlaf. Meist schwindet auch die Cyanose oder wird viel geringer, doch vollzieht sich diese Aenderung erheblich langsamer, als wenn durch irgend einen Zufall, z. B. einen Hustenstoß, die Luftwege frei werden. In schwerster Asphyxie mit maximal weiten Pupillen trat die günstige Wirkung der Inhalation auch durch rasche Verengung der Pupillen zutage. Bei vier Fällen

von Bronchopneumonie war die günstige Wirkung der Sauerstoffinhalationen auf das Herz unverkennbar; zugleich wurde das getübte Sensorium wieder klarer und einmal auch der Husten, der durch Entkräftung weggeblieben war, wieder angeregt. Auch eine Chloroformintoxikation und ein Fall von postdiphtheritischer Herzschwäche wurden durch den Sauerstoff günstig beeinflusst.

Aus der Beobachtungsreihe geht unzweifelhaft hervor, daß Tachykardie und verminderte Pulsspannung, wenn auch nur vorübergehend, durch Sauerstoffinhalationen meist eine Besserung erfahren, ob nun Dyspnoe oder eine sonstige toxische Ursache diesem Zustande zugrunde liegt. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Febr. 1903.)

Ueber Behandlung des Keuchhustens mit Aristochin, einem neuen geschmacklosen Chininpräparat. Von Norbert Swoboda.

Das Aristochin, welches 96·1% Chininbase enthält, ist ein geschmackfreies Chininderivat und stellt ein weißes, im schwach salzsäurehaltigen Magensaft lösliches Pulver dar, das bei der Darm- passage nicht wieder ausgefällt wird. Das Präparat ruft keine lokale Belästigung der Magenschleimhaut hervor und entfaltet eine intensive protozoöntötende Wirkung. An 68 Fällen von Keuchhusten wurde das Präparat versucht. Bei Säuglingen wurden als Tagesdosis dreimal so viel Zentigramme gegeben, als das Kind Monate zählte, bei größeren Kindern dreimal so viel Dezigramme, als das Kind Jahre zählte. Die Dauer der Behandlung betrug meist neun Tage; durch drei Tage wurde die volle Tagesdosis, durch sechs Tage die Hälfte dieser Dosis gegeben. Die Tagesdosis wurde in drei bis vier Portionen gereicht.

Das Mittel wurde stets gut vertragen und bewirkte in einer großen Zahl von Fällen rasche Besserung und Heilung, selbst in der Weise, daß es die Krankheit vor dem Eintritt des Stadium convulsivum zu beendigen vermochte. In einigen Fällen blieb die Heilung und selbst nur eine Besserung aus. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 10, 1903.)

Kleine Mitteilungen.

Bemerkungen über die Wirkung des Theocin. Von Prof. H. Schlesinger. Vf. bestätigt die Angaben Minkowskis bezüglich der diuretischen Wirkung des Präparats. Es wurde zu- meist bei Hydropischen, hauptsächlich bei Kranken mit Herzfehlern oder Herzmuskelerkrankungen und Nephritikern in Anwendung

gezogen. Bei Oedem kardialen Ursprungs ist seine Wirkung überaus zuverlässig, manchmal betrug die Diurese zwischen 4 und 6 Litern. Bei entzündlichen Ergüssen der Pleura oder des Peritoneums zeigte es sich weit weniger wirksam. Von unangenehmen Nebenerscheinungen wurde hie und da über Kopfschmerz, selten über Brechreiz und Durchfälle geklagt. In zwei Fällen aber traten unter Theocingebrauch nach $0.2 \text{ g} \times 5 \text{ pro die}$, epileptische Anfälle auf, welche nach Aussetzen des Mittels sistierten, nach neuerlicher Theocingabe sich wiederholten, so daß an dem kausalen Zusammenhang der Konvulsionen mit dem Präparate kein Zweifel bestehen kann. Dies stimmt auch mit den Angaben überein, daß größere Dosen im Tierexperiment krampferzeugend wirken. Wegen der günstigen Ergebnisse bezüglich der Diurese wurde versucht, unter gleichzeitiger Darreichung von Brompräparaten oder Narcotics dennoch das Mittel weiter zu verwenden, und es gelang auch, die erregenden Eigenschaften des Theocins zu mildern. Doch wurde durch diese Kombination die Diurese ungünstig beeinflusst. Mit Rücksicht auf die von *Bechterew* ausgegangene Einführung der *Adonis vernalis* in die Behandlung der Epilepsie und die bekannten kardialen, der *Digitalis* ähnlichen Wirkungen derselben, verwendete Vf. eine Lösung von 0.6 Theocin in Infus. *adonid. vernal.* $50:180$ oder an Stelle des Infus. das *Golaž'sche* Dialysat der *Herb. adon. vernal.* 2.0 auf 180.0 Aqu. destill. Das Medikament ist als Tagesdosis berechnet. Bei dieser Form der Verabreichung wurde die diuretische Wirkung nicht vermindert, Krämpfe traten nicht mehr auf. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 3, 1903.)

Mineralheilwässer. Von Dr. A. Wolff. W. empfiehlt in Übereinstimmung mit der Anregung Prof. *Jaworski's* den Ersatz natürlicher Mineralwässer durch künstlich dargestellte Mineralwässer. Nach *Iaworski's* Vorschrift muß ein „Mineralheilwasser“ eine Lösung eines wirksamen Mineralsalzes in destilliertem Wasser sein, und sind derselben noch in der Wirkung unterstützende Salze zuzusetzen. Die Lösung ist mit reiner Kohlensäure unter Druck zu sättigen. W. scheinen unter diesen Mineralheilwässern besonders die Brom-, Jod-, Eisen- und Arsenheilwässer eine Zukunft zu besitzen. W. stellt Formeln für ein Arsenheilwasser als Ersatz für das natürliche *Levico-* oder *Roncegnowasser* sowie für ein Brom- und ein Jodwasser auf. Das erstere enthält auf 1000 Teile: Chlorkalium 0.100 , Chlornatrium 0.500 , Natriumphosphat 0.200 , pyrophosphorsaures Eisennatrium 0.500 ,

Natriumbikarbonat 1·58, Magnes. bicarb. 0·35, arsenige Säure 0·010. Das Bromheilwasser enthält auf 1000 Teile 9 Teile Bromnatrium. Das Jodheilwasser 4 Teile Jodnatrium, beide unter Zusatz von Natriumphosphat und Natriumcarbonat. Der Vorteil der künstlichen Wässer liegt nach W. in der genauen Dosierung und Spezifikation sowie in dem bei fabrikmäßiger Darstellung im Vergleiche zu den natürlichen Mineralwässern bedeutend billigerem Preise. (Deutsche Aerzte-Ztg., Dezember 1902.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Ueber Aristochin (Chinincarbonensäurechininäther) berichtet v. Noorden. Therapeutisch steht es dem Chinin. hydrochloric. gleich, eignet sich jedoch seiner völligen Geschmacklosigkeit wegen für die Kinderpraxis. Es ist in Wasser unlöslich, daher am besten als Schokoladeplätzchen à 0·05—0·10 Aristochin zu geben.

Veronal ist Diäthylmalonylharnstoff $\text{CON}_2\text{H}_2 - (\text{CO})_2 - \text{C} - (\text{C}_2\text{H}_5)_2$. Auf Grund theoretischer Betrachtungen über die schlafmachenden Wirkungen der Aethylgruppen, wenn sie an ein tertiär oder quaternär gebundenes Kohlenstoffatom gekettet sind, untersuchten E. Fischer und J. v. Merin g äthylhaltige Harnstoffderivate auf ihren hypnotischen Effekt. Unter zahlreichen dargestellten Verbindungen treten der Diäthylacetylharnstoff, der Diäthylmalonylharnstoff und der Dipropylharnstoff besonders hervor. Dieselben wurden am Menschen geprüft und es ergab sich, daß der erstere an hypnotischer Kraft dem Sulfonal ungefähr gleich steht, der dritte dieses etwa viermal übertrifft, jedoch oft eine auffallend lange Nachwirkung hat. In der Mitte steht die von den Autoren Veronal genannte Verbindung, welche also immer noch an Wirkung alle bisher gebräuchlichen Schlafmittel bedeutend überragt. Das Veronal, dargestellt von E. Merck in Darmstadt, ist eine farblose, schön krystallisierende Substanz von schwach bitterem Geschmack, welche sich in 12 Teilen kochendem und 145 Teilen 20grädigem Wasser löst. Bei einfacher Schlaflosigkeit genügen in der Regel 0·3—0·5, bei stärkeren Erregungszuständen 1·0. Mehr sollte nicht gegeben werden. Am besten wird das Mittel in einer Tasse warmen Tees gelöst oder auch in Pulvern ordiniert. Unangenehme Nebenwirkungen haben sich nie gezeigt. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 3, 1903.)

Bei Neurasthenie:

Rp. Tinct. nuc. vomic. } $\bar{a}\bar{a}$ 0·50
 Maltini }
 Pepsini } $\bar{a}\bar{a}$ 3·0
 Extr. kolae }
 Natr. glycerophosphor. }
 Calc. glycerophosphor. } $\bar{a}\bar{a}$ 3·0
 Kal. glycerophosphor. }
 Ferr. glycerophosphor. }
 Magnes. glycerophosphor 1·0
 Syr. ceras. nigror. 200·0

D. S. Zwei Eßlöffel tägl. zu nehmen.

Bei Dyspepsia nervosa:

1. Rp. Calc. chlorat. 25·0
 Natr. hypophosphit. 20·0
 Natr. arsenic. 0·25
 Aq. laurocerasi 250·0

D. S. Jeden Morgen ein Kaffeelöffel in Milch nach dem Frühstück zu nehmen.

2. Rp. Rad. gentian. } $\bar{a}\bar{a}$ 0·15
 Rad. colombo }
 Pulv. nuc. vomic. 0·10
 Chin. hydrobromic. } $\bar{a}\bar{a}$ 0·05
 Quassini }

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII.
 Tägl. Mittags und Abends vor den Mahlzeiten ein Pulver zu nehmen.

3. Rp. Natr. arsenic. 0·02
 Tinct. kola } $\bar{a}\bar{a}$ 50·0
 Syr. simpl. }
 Vanillini 0·1

M. f. sol. D. S. Nach jeder Mahlzeit ein Kaffeelöffel zu nehmen.

4. Rp. Magnes. metall. } $\bar{a}\bar{a}$ 0·1
 Magnes. ust. }
 Calc. fluorat. 0·02

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII.
 Tägl. vor der Hauptmahlzeit ein Pulver zu nehmen.

Bei Pityriasis versicolor:

Rp. Mercur. subl. corros. 1·0
 Ol. lavandul. 3·0
 Spirit. lavandul. 120·0
 Sap. virid. kal. 80·0

D. S. Zum Einpinseln.

Bei Fluor albus:

Rp. Alum. crud. }
 Acid. boric. } $\bar{a}\bar{a}$ 30·0
 Natr. biboric. }
 Hydrastin. sulfur. 0·6
 Acid. carbol. liquef. } $\bar{a}\bar{a}$ 1·0
 Ol. cannell. }

D. S. Ein Kaffeelöffel auf einen Liter warmen Wassers zur Spülung.

Bücher-Anzeigen.

Die Sprache der Geisteskranken. Nach stenographischen Aufzeichnungen von Dr. med. Alb. Liebmann und Dr. med. Max Edel. K. Marhold. Halle a. S. 1903.

Einer der hervorragendsten deutschen Sprachärzte Dr. Liebmann und der Arzt am Asyl für Gemütskranke in Charlottenburg Dr. Edel haben sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, gemeinsam das Grenzgebiet ihrer Wissenschaft zu bearbeiten. Da die Sprachstörungen nur eine, wenn auch wichtige Teilerscheinung in dem Symptomenkomplexe einer Geisteskrankheit bilden, fiel dem Psychiater die größere Arbeitsleistung zu. Die Störungen des Sprachmechanismus, der Lautbildung, Lautveränderung u. s. w. treten ja naturgemäß vor den durch die psychische Läsion gesetzten Veränderungen des Sprachinhalts zurück. Die Gruppierung der Psychosen erfolgte auf Grund der offiziellen Zähl-

karte des kgl. preußischen statistischen Bureaus. Jeder einzelnen Psychose werden die allgemeinen Zeichen der Erkrankung vorangeschickt, diesen schließt sich die Erörterung der Abweichungen von der normalen Sprache an. Den Abschluß jedes Kapitels bildet eine reiche, ungemein charakteristische Kasuistik, die auf Grund stenographischer Aufzeichnungen gewonnen, mit photographischer Treue die Sprachstörungen, ja selbst die Verbigerationen veranschaulicht. Das Buch verdient die volle Beachtung des Spracharztes ebenso, wie des Psychiaters; kann aber auch dem praktischen Arzte als eine kompendiöse Diagnostik der Geisteskrankheiten wärmstens empfohlen werden. W—l.

Radiotherapie et Phototherapie. Von Dr. L. E.-Régnier, J. B. Baillièrre und Fils. Paris 1902.

Die in dem kurzen Zeitraum weniger Jahre zur selbständigen Disziplin ausgereifte Lichtbehandlung findet in den weitverbreiteten „Actualités médicales“, der reichhaltigen Handbibliothek der Franzosen eben in dem Zeitpunkte eine Berücksichtigung, in welchem auch die deutschen Fachleute ihre radiographischen Erfahrungen in Lehrbüchern zu präzisieren beginnen. Bedenkt man, daß Régnier der bekannte Radiograph des Hôpital de la Charité der ihm übertragenen Aufgabe: Die Physiologie und Pathologie der Lichtbehandlung in ihrem Wesen darzustellen. in dem bescheidenen Umfange von 91 Seiten nachzukommen vermag, so ist dies eine Leistung, welche neben den Monographien von L. Freund, Albers-Schönberg u. a. nur rühmend hervorgehoben werden kann.

Im Anschlusse an die Besprechung der physiologischen Wirkung des Sonnenlichtes und der X-Strahlen wendet sich Vf. der Helio- und insbesondere der Elektrophotherapie zu, den neuesten Erfahrungen und experimentellen Ergebnissen von Schritt zu Schritt gewissenhaft und erschöpfend Rechnung tragend. Die Apparate für Lichtbäder, das Instrumentarium Finsens, die Behelfe von Sortet und Genoud, Foveau und Trouvé erfahren eine ebenso instruktive Zerlegung als die Prinzipie der Phototherapie dem Lernenden mündgerecht gemacht werden.

Bei Aufzählung der Heilanzeigen, welche in der kurzen Zeit der Heranziehung dieser physikalischen Behelfe in stattlicher Anzahl aufgestellt wurden, sehen wir auch den Autor in das Fahrwasser eines allzugroßen Optimismus einlenken. So finden wir die elektrischen Lichtbäder, nicht nur gegen allgemeine Ernährungsstörungen und Nervenkrankungen als besonders wirksam ins Feld geführt, sondern auch als einen Heilfaktor bei Läsionen des Urogenitalapparats, sowie chirurgischen Erkrankungen rühmend angeführt. Das kalte, farbige Licht und die aktinischen Strahlen werden im Sinne Finsens gegen nervöse Störungen und akute Exantheme (Blattern, Masern) empfohlen. In der Dermatologie hat das konzentrierte Licht in erster Linie in der Behandlung des Lupus seine Anzeige.

Die Radiotherapie bildet in einer ausführlichen Wiedergabe ihrer Heilerfolge den Abschluß des zierlich ausgestatteten Leitfadens. N.

Zur Klimatotherapie der Tuberkulose.

Von **Dr. Julius Pollak**, em. Hausarzt der Heilanstalt Alland.

Eine der ältesten Behandlungsmethoden in der Phthiseotherapie ist die klimatische Behandlung. Sie war schon im Altertum bekannt, und Hippokrates betrachtete sie als wichtiges Heilmittel. Celsus ging einen Schritt weiter, indem er das Hauptgewicht der Therapie auf den Wechsel des Aufenthaltsortes legte. Er empfiehlt Lungenkranken Seereisen, wobei sie Gelegenheit haben, sich recht lange auf dem Wasser aufzuhalten; auch den Aufenthalt an den Seeküsten findet er für Lungenkranke sehr zweckmäßig, indem man auf diese Art eine dichtere Luft aufsucht, als die ist, in welcher man lebt; besonders Alexandrien eignet sich hiezu am besten. Aretäus ist ebenfalls ein Anhänger der Seeluft, er hebt besonders die expektorierende Wirkung derselben hervor. Plinius der ältere rühmt neben Seereisen besonders den günstigen Einfluß der Insolation auf die Schwindsucht, bei ihm finden wir auch zuerst die roborierende Luft der Nadelwälder erwähnt. Galen führt die günstige Wirkung der Höhenluft in der Behandlung der Schwindsucht an. Avicenna schickt seine Lungenkranken nach Kreta. Cicero wurde von den damaligen Aerzten nach Rhodus geschickt, um dort seine angegriffene Lunge zu kräftigen. Archibald Smith, Brockmann, Fuchs, Tschudi waren diejenigen, die besonders der Höhenluft einen günstigen Einfluß auf die Behandlung der Tuberkulose zuschrieben.

Bis zu Brehmers Zeiten und auch noch lange nachher bestand die einzige Therapie der Tuberkulose, natürlich nur bei bemittelten Kranken, darin, daß sie der Arzt sehr oft — ohne selbst von der Therapie etwas zu halten — in den meisten Fällen wohl nur solatii causa nach dem Süden schickte.

Die Wahl des Ortes wurde in vielen Fällen dem Kranken selbst überlassen. Die bekanntesten Kurorte waren Meran, Arco, überhaupt Südtirol, die adriatische Küste, die italienische oder französische Riviera, für sehr bemittelte Patienten Kairo, Madeira,

oder es wurden längere Seereisen angeraten. Irgend eine Kur war mit diesem Aufenthalte im Süden nicht verbunden, höchstens wurde dem Kranken noch der wohlmeinende Rat auf den Weg mitgegeben, er möge bei rauherem Wetter ja nicht ausgehen, nach Sonnenuntergang das Zimmer nicht mehr verlassen.

Der Effekt solcher Therapie war kein hervorragender. Manche Fälle kehrten wohl wesentlich gebessert, vielleicht auch geheilt zurück, das waren aber solche, die vielleicht ebensogut zu Hause, zumindest aber an jedem staub- und rauchfreien Orte auf dem Lande ebensogute Erfolge erzielt hätten. Der größte Teil der Kranken kehrte kaum wesentlich gebessert von dem Kurorte zurück. Eben aus diesem Grunde galt ja die Tuberkulose bis zum Auftreten B r e h m e r s bei den meisten Aerzten für unheilbar. B r e h m e r hielt die Tuberkulose für heilbar, aber nur unter der Bedingung einer zweckmäßigen Heilmethode. Als solche betrachtete er eine geschlossene Heilanstalt in einer „i m m u n e n“ Gegend. „Wie weit der Luftdruck erniedrigt sein, respektive wie hoch der Ort liegen muß, um den gewünschten Erfolg zu erzielen, läßt sich im allgemeinen nicht bestimmen; man wird aber wohl nicht fehlschießen, wenn man sagt, er muß so weit ermäßigt sein, daß unter seinem Einflusse in Verbindung mit den anderen klimatischen Faktoren die eingeborenen Bewohner des Ortes frei von Schwindsucht sind, d. h. der Ort immun sein muß.“

Auch E i e h h o r s t glaubt an eine gewisse Immunität gegen Tuberkulose, indem er sagt: In Orten, welche höher als 500 m liegen, kommt Lungenschwindsucht nur ausnahmsweise vor, es sei denn, daß auch hier grobe hygienische Fehler vorhanden sind, wie Zusammengepferttsein vieler Menschen in engen, stauberfüllten Räumen.“

C o r n e t spricht sich gegen die Immunität irgend eines Klimas aus, indem er sagt: „Das eine steht heute fest, daß die Schwindsucht in a l l e n G e g e n d e n und a l l e n H ö h e n vorkommt, mit der Beschränkung freilich, daß, je abgeschlossener ein Ort vom Weltverkehr liegt und eine je geringere Wohndichtigkeit die Bevölkerung hat, eine umso geringere Wahrscheinlichkeit der Infektion gegeben ist.“ Wenn es also auch kein immunes Klima gibt, läßt sich ein gewisser Einfluß desselben bei der Behandlung der Tuberkulose doch nicht leugnen, wiewohl neuerer Zeit viele Autoren der Ansicht sind, daß die Tuberkulose bei z w e c k m ä ß i g e r B e h a n d l u n g in j e d e m Klima heilbar sei. Bevor

wir darauf näher eingehen, wollen wir eine Definition des Klimas geben.

Haut **H a u n** versteht man unter **K l i m a** „die Gesamtheit der meteorologischen Erscheinungen, welche den mittleren Zustand der Atmosphäre an irgend einer Stelle der Erdoberfläche charakterisieren. Das **K l i m a** ist die Gesamtheit der **W i t t e r u n g e n** eines längeren oder kürzeren Zeitabschnittes, wie sie **d u r c h s c h n i t t l i c h** zu dieser Zeit des Jahres einzutreten pflegen.“

W e b e r definiert das Klima folgendermaßen: Unter Klima im **a l l g e m e i n e n** verstehen wir die Gesamtheit der durch die Luft, den **B o d e n** und das **W a s s e r** gegebenen Einflüsse einer Gegend, welche auf das Leben der organischen Wesen einwirken.

Von größter Bedeutung für das Klima sind die **W i n d e**. Laut **W e b e r** ist es nicht die **R i c h t u n g**, von welcher der Wind kommt, die auf das Klima des betreffenden Ortes einen dominierenden Einfluß übt, sondern der **C h a r a k t e r** des **W i n d e s** ist ausschlaggebend. Der **N o r d w i n d** kann an manchen Orten für das Klima desselben von günstigerer Wirkung sein, während ebendort der **O s t - o d e r W e s t w i n d** das Klima **u n g ü n s t i g** beeinflusst. Wenn auch vor allen Winden geschützte Täler besonders für den Winteraufenthalt von Phthisikern stets empfohlen werden, so ist doch großer Wert darauf zu legen, daß dieselben nicht einer gewissen Ventilation entbehren; **g u t e V e n t i l a t i o n** ist ein klimatischer Faktor, der bei der Wahl des Aufenthaltsortes für Lungenkranke stets berücksichtigt werden muß.

H a u n sagt: „Stagnation der Luft in rings eingeschlossenen Tälern ist der Grund der **U n g e s u n d h e i t** mancher Gegend in wärmeren Zonen, und die größere Feuchtigkeit und gelegentliche Nebelbildung in solchen Oertlichkeiten ist nicht die einzige Ursache des in sanitärer Beziehung **u n g ü n s t i g e n** Klimas solcher Oertlichkeiten.“

Gebirge, große Gewässer und ausgedehnte Wälder beeinflussen die Richtung des Windes, können dessen Temperatur, Flüssigkeitsgehalt, Stärke bestimmen. Wie groß der Einfluß der Winde auf das Klima ist, zeigt **W e b e r** bezüglich des Klimas der britischen Inseln. „Der Südwestwind ist für diese Gegenden der äquatoriale Luftstrom und bringt als solcher Wärme, und da er zugleich über den atlantischen Ozean, und zwar den Golfstrom kommt, so ist er mit Feuchtigkeit gesättigt; er bringt also diesen Ländern im Winter feuchte Wärme, und da die Luft des Landes

kälter ist, so muß sich ein Teil der Feuchtigkeit verdichten und zu Nebel, Wolken und Regen Veranlassung geben. Die Winter-temperatur dieser Länder wird durch das Herrschen dieser Winde im Vergleich zu anderen, in denselben Breitegraden gelegenen Orten in Rußland und Nordamerika beträchtlich erhöht; durch die zugeführte Feuchtigkeit wird zugleich die Wärmeausstrahlung vermindert und eine gleichmäßigere Temperatur bewirkt; daher die Wiesen selten ihr Grün verlieren und viele immergrüne Sträucher, wie Rhododendron, Lorbeeren und Myrten im Freien gedeihen, welche in viel südlicheren Orten des europäischen Kontinents künstliche Wärme erfordern. Dieselben Südwestwinde bringen im Sommer, da sie über die im Vergleich zum Festlande viel weniger heiße Meeresfläche kommen, zugleich mit der Feuchtigkeit eine niedrigere Temperatur, als sie auf dem Lande herrscht und erzeugen dadurch kühlere Sommertage; anhaltend hohe Sommertemperaturen sind selten.“

II. W e b e r teilt das Klima in zwei große Gruppen:

1. See-, Insel- und Küstenklimate,
2. binnenländische Klimate.

Die erste große Gruppe teilt er in drei Unterabteilungen, nämlich: a) die feuchten Insel- und Küstenklimate, b) die Insel- und Küstenklimate von mittlerer Feuchtigkeit, c) die trockenere See- und Küstenklimate.

Für das Seeklima charakteristisch ist die vermehrte Feuchtigkeit der Luft, eine Folgeerscheinung der fortwährenden Verdunstung des Seewassers. Ferner ist auch die **D i c h t i g k e i t** der Luft auf dem Meere stets hoch. Auch hier spielen die **W i n d e** eine wichtige Rolle; die Luft über dem Meere besitzt einen hohen Ozongehalt, hauptsächlich bedingt durch die **s t a r k e I n s o l a t i o n**, die **r a s c h e V e r d u n s t u n g** des Wassers und die **s t a r k e L u f t b e w e g u n g**.

Ein besonderer Vorteil der Seeluft ist ihr **m i n i m a l e r** Staubgehalt. Die Meinung, daß auf der See die Luft überhaupt staubfrei sei, ist irrig, denn es wurde nachgewiesen, daß auch auf hoher See die Luft nicht vollkommen staubfrei ist, ebensowenig wie auf den höchsten Spitzen der Gebirge. Die **S e e l u f t** enthält in verschiedenen Mengen **K o c h s a l z**, in geringen Mengen **B r o m** und **J o d**.

B e n e c k e betont den Einfluß der Seeluft auf den Körper, wobei besonders die **I n t e n s i t ä t** der **L u f t s t r ö m u n g e n**

in Betracht kommt. „Durch dieselben wird der Wärmeverlust des Körpers erhöht, durch den Feuchtigkeitsgehalt der Seeluft aber die Verdunstung verlangsamt und der Wärmeverlust wiederum gemindert; andererseits begünstigt der hohe Feuchtigkeitsgehalt den Verlust an strahlender Wärme um etwas, während die größere Dichtigkeit der Seeluft wieder als besserer Wärmeleiter wirkt und den Wärmeverlust steigert.“ Als Facit dieser ziemlich unklaren Wirkung ist wohl anzunehmen, daß die Seeluft besonders einen wohltätigen Hautreiz ausübt, die Hautrespiration erhöht. Leichtenstern meint, daß durch die Gleichmäßigkeit der Lufttemperatur die Erkältungen weit seltener sind, als dies auf dem flachen Lande und im Gebirge der Fall ist. Bencke stellte die Wirkung der Seeluft höher als die Seebäder. Durch den höheren Luftdruck in Verbindung mit der vermehrten Luftfeuchtigkeit wird sowohl die Atmungsfrequenz wie auch die Pulsfrequenz auf dem Meere um ein geringes vermindert. Nach längerem Aufenthalte auf dem Meere tritt eine bedeutende Vermehrung des Appetits ein, auch der Schlaf wird viel besser und tiefer.

Wenn auch die Meinung der Autoren über den günstigen Einfluß der Seeluft für Phthisiker eine geteilte ist, so ist es so ziemlich von allen Autoren anerkannt, daß diese eine außerordentlich wichtige prophylaktische Bedeutung besitzt. Weber sagt: „Von unschätzbarem Werte ist die Verwendung des Seeklimas in der physischen Erziehung schwächlicher oder zu skrophulösen Krankheiten disponierter Kinder.“ Kontraindiziert ist das Seeklima bei: dauernder Schwäche der Konstitution, schweren Verdauungsstörungen, entschiedener Neigung zur Seekrankheit, bei schwereren Erkrankungen des Kreislaufsystems, ferner schweren Formen der Hysterie, Asthma, Ekzeme. Freund sagt: Vorgeschrittenen Phthisikern sind längere Seereisen unbedingt zu widerraten, kürzere bei ruhigem Meere noch kräftigen Patienten zuträglich. Auch bei Phthisis incipias sind längere Seereisen nur unter günstigen Vorbedingungen indiziert, nämlich: günstige Zeit und Ziel der Fahrt, entsprechende Verpflegung, Rücksichtnahme auf Neigung zur Seekrankheit.

Nach Lindemann unterscheidet sich das Seeklima vom Höhenklima durch den hohen Luftdruck wie auch Feuchtigkeitsgehalt, sowohl absoluten als auch relativen. An Ozon-

reichtum und Reinheit kommt es dem Höhenklima gleich. Die Seeluft wirkt besonders *t o n i s i e r e n d*. Unter den Seebewohnern ebenso wie unter den Inselbewohnern ist die Tuberkulose relativ selten.

Besonders hervorzuheben ist die *K e i m f r e i h e i t* der Seeluft. Der Sauerstoffgehalt der Seeluft ist *e t w a s h ö h e r* als der der Festlandluft. Beträchtlich ist der *S a l z g e h a l t* der Luft, der dadurch eine beständige *I n h a l a t i o n* bedingt, ferner einen intensiven Hautreiz ausübt, ebenso wie die Luftbewegung auf der See. *L i n d e m a n n* wies ferner nach, „daß die *H a u t t e m p e r a t u r* nach dem Spaziergange am Seestrande auch bei gleicher Lufttemperatur, Windstärke etc. längere Zeit hindurch erniedrigt bleibt, als auf dem Festlande, dann aber an der See höher ansteigt. als Zeichen der hiedurch erzielten aktiven Hauthyperämie.“ *J ä n n e r*, *F e b r u a r*, *M ä r z* sind nach *L i n d e m a n n* an der *N o r d s e e* für *P h t h i s i k e r* nicht günstig, durch die häufigen Winde und nicht seltenen Nebel; die übrigen Monate des Jahres sind „*a n d e r N o r d s e e* die denkbar günstigsten“. Auch *L i n d e m a n n* findet, daß die *E r k ä l t u n g e n* seltener in der Seeluft sind, wie am Festlande, indem er behauptet: „*I n g a n z e n* resultiert eine durch die Seeluft veranlaßte und mit *W ä r m e e n t z i e h u n g* verbundene Erregung der sensiblen Hautnerven, und zwar wirkt die Wärmeentziehung in dieser kombinierten Form derart spezifisch, daß die schädliche Erkältung ausbleibt und eine dauernde Erhöhung und Festigung der Widerstandskraft geschwächter Konstitutionen die Folge ist.“

W e b e r schreibt der Seeluft folgende Eigenschaften zu: 1. *R e i n h e i t* der Luft, 2. *g e r i n g e r* Temperaturwechsel, 3. *F ü l l e* von Licht, 4. *b e s t ä n d i g e* Bewegung der Luft, 5. *g e i s t i g e* Ruhe. Diese großen Vorzüge beschränkt er jedoch, so z. B. ist die Reinheit der Luft auf dem Schiffe nur auf dem Verdecke zu finden, in den Salons und Schlafkabinen fehlt dieselbe; bei *h e f t i g e m* *S t u r m e* fällt die angenehme Bewegung der Luft fort, an ihre Stelle tritt in den Regionen der Windstille eine direkte *S t a g n a t i o n* derselben. Auf einer längeren Seereise ist auch der *T e m p e r a t u r w e c h s e l* ein häufiger und oftmals extremer. Ferner hält *W e b e r* die Seereisen für Tuberkulose nur dann als *w i c h t i g e n* *H e i l f a k t o r*, wenn dieselben sich auf eine Dauer von mindestens 6 Wochen bis zu 16 Wochen ausdehnen. Was das Reiseziel anlangt,

empfiehlt er die Route nach Australien und Neuseeland um das Kap der guten Hoffnung herum, und die nach dem Kap der guten Hoffnung selbst.

Weber berichtet über 70 Fälle, worunter 34 Besserungen, 18 geringe Veränderungen, 18 Verschlimmerungen erzielt wurden. Von diesen 70 Fällen waren, mit Ausnahme von 7 Fällen, alle übrigen im ersten Stadium oder im Beginne des zweiten Stadiums der Krankheit. Weber empfiehlt Seereisen besonders „Kranken mit kräftiger Konstitution, mit Liebe für Seefahrten, die unter Ueberarbeitung oder geistiger Unruhe phthisisch wurden“. Als besonderen Vorteil führt Weber an, daß der Kranke während der ganzen langen Fahrt viel mehr von Exzessen geschützt ist, wie an vielen berühmten Kurorten.

Von verschiedenen Seiten wurde die Idee angeregt, es mögen eigene Schiffe als Sanatorien zur See für Lungenkranke eingerichtet werden; bisher wurde diese Idee, meines Wissens, noch nicht realisiert, offenbar wegen der Größe des Kostenpunktes.

Cornet will Seereisen Phthisikern nur mit Vorsicht empfehlen. „Wenn man die Garantie hätte, daß die See absolut ruhig bleibt, so würde der Aufenthalt Tag und Nacht auf Deck geradezu ideal für Phthisiker sein. Wie aber dann, wenn die See unruhig ist, wenn Regen kommt, wenn der Kranke gezwungen ist, in einer engen, geschlossenen Kabine zu schlafen, wenn er womöglich auch bei Tage unter Deck bleiben muß, wenn die Seekrankheit mit allen ihren Folgen sich einstellt? Alle Vorteile, die Reinheit der Luft, die Steigerung des Appetits sind alsdann illusorisch.“

Dem Seeklima sind auch die Inselklimate zuzuzählen, allerdings nur bis zu einer gewissen Ausdehnung der Inseln. Seeklima besitzt z. B. die Insel Madeira. Diese Insel ist schon seit langem als klimatischer Kurort für Lungenkranke bekannt, und schon vor hundert Jahren wurden Phthisiker dahin geschickt. Goldschmied (Paris) erzählt, es bestehe auf dieser Insel schon eine zahlreiche Fremdenkolonie, die größtenteils von Kranken abstammt, die vor vielen Jahren zur Wiedererlangung ihrer Gesundheit hier eingewandert waren. Unter den Nachkommen dieser eingewanderten Phthisiker sei in den letzten fünfzig Jahren nur ein einziger (!) an Lungentuberkulose erkrankt, und

auch dieser habe sich die Krankheit wahrscheinlich durch längeren Aufenthalt im A u s l a n d e erworben.

W e b e r hält Madeira besonders angezeigt bei c h r o n i s c h e n K e h l k o p f k a t a r r h e n, ebenso bei den verschiedenen c h r o n i s c h e n B r o n c h i a l k a t a r r h e n, besonders bei solchen, wo der Hustenreiz bedeutend ist, der durch das günstige Klima außerordentlich rasch abnimmt; auch bei Emphysem schreibt er Madeira einen g ü n s t i g e n Einfluß auf die Krankheit zu, bei T u b e r k u l o s e hält er den E r f o l g z w e i f e l h a f t. „Immerhin gibt es viele Fälle von Phthisis, in denen der Versuch mit Madeira erlaubt und oft mit relativem Erfolge gekrönt ist. z. B. bei wenig vorgeschrittenen Fällen mit großem Hustenreiz, auch bei erethischen Konstitutionen.“

Selbstverständlich sind nur Fälle im A n f a n g s s t a d i u m, welche noch widerstandsfähig und kräftig genug sind, um die lange Seereise auszuhalten und welche keinerlei Neigung zu Diarrhöen besitzen, auf die der psychische Einfluß der weiten Entfernung von der Heimat nicht ungünstig wirkt, nach Madeira zu dirigieren.

Besonders hervorzuheben ist das g l e i c h m ä ß i g e Klima Madeiras; laut H a n n ist die tägliche Wärmeschwankung nur 5·7, fast gleichmäßig das ganze Jahr hindurch, die mittlere Monatschwankung der Wärme beträgt auch nur 10—11° im Winterhalbjahr und 9·5° im Sommer. G e w i t t e r sind s e l t e n, man zählt nur 6·6 Gewittertage im Jahre. Die Zahl der Regentage im Jahre beläuft sich auf 78·7 Tage. Zu erwähnen ist noch der eigentümliche, trockene, s t a u b f ü h r e n d e Ostwind Leste, der nicht s e l t e n auftritt.

Als I n s e l k l i m a dem Madeiras ähnlich ist auch L u s s i n p i c c o l o und G r a n d e zu bezeichnen; allerdings ist hier die Entfernung von dem Festlande eine wesentlich geringere. „Zwischen 43—45° nördlicher Breite gelegen, bietet es ganz besondere klimatische Verhältnisse dar; vor allem ist es die südlich vom ganzen Küstenstrich sich ausbreitende Meeresoberfläche, welche, bei der während des Winters nur unbedeutend sinkenden Temperatur des Wassers, als riesiges Wärmereservoir die Luftschichten erwärmt.

Dann ist es noch mehr die Beschaffenheit der Insel, respektive Küste selbst, welche in der Formation von kleineren und größeren Buchten, östlich und westlich von vorspringenden Vor-

gebirgen begrenzt, hinten durch hohe Gebirgszüge gegen Norden abgeschlossen, wahre Wärmekessel bildet.“

Die mittlere Monatstemperatur beträgt im Monat Oktober 15·8, November 11·7, Dezember 9·1, Jänner 7·2, Februar 8·1, März 10·0, April 13·2, Mai 17·6.

Die Zahl der Regentage ist im Oktober 15·8, November 10·8, Dezember 11·0, Jänner 10·0, Februar 6·0, März 10·4, April 9·4, Mai 8·6. Schneetage sind nur im Dezember 0·6, Jänner 1·6, Februar 0·2, März 0·7.

Die Schwankungen der Luftfeuchtigkeit zwischen den einzelnen Tageszeiten überschreiten nicht 12%. Winde sind in Lussin ziemlich häufig, und zwar Nordwind, Tramontana, und Südostwind, Scirocco, jedoch sollen dieselben eher luftreinigend als schädlich wirken. Die Zahl der Sturmtage beläuft sich im Jahre auf zirka 14, welche hauptsächlich von der Bora bestritten werden. Lussin wurde im Jahre 1885 von Clar als Kurort zum erstenmale empfohlen. Bald darauf besuchte Schrötter denselben und setzte sich für ihn in jeder Beziehung ein.

„Man kann die Wintersaison Lussins in drei Perioden teilen. Die erste Periode von Mitte September bis Mitte Dezember, die zweite Periode von Mitte Dezember bis Mitte März, die dritte Periode von Mitte März bis Mitte Mai.“

In der ersten und dritten Periode ist heiteres, trockenes Wetter vorherrschend, mit vorwiegend nördlichen Winden. In der zweiten Periode ist der Feuchtigkeitsgehalt der Luft viel größer, vorherrschend sind sciroccale Winde. Demgemäß sind auch die Indikationen verschieden. Sowohl die erste wie auch die dritte Periode eignet sich für Tuberkulose mit reichlichem profusem Auswurf, bei Kranken mit größeren Zerstörungsherden in der Lunge, wenn feuchtes, konsonierendes Rasseln vorhanden ist. Als Erholungskur nach Pleuritis exsudativa sind diese beiden Perioden ebenfalls geeignet, zur rascheren Aufsaugung etwaiger noch vorhandener Exsudate. Bei starren Infiltraten, spärlichem Auswurf trotz häufigen Hustenreizes, trockenen Pleuritiden, ferner bei Lungentuberkulose (die noch nicht zu weit vorgeschritten ist) ist die Zeit vom Dezember bis März am günstigsten. Laut einer Mitteilung Dr. Veeths ist das Klima Lussins für Kranke mit Neigung zu häufigen Hämoptoen nicht zu empfehlen. Für Kranke im vorgeschrittenen Stadium, mit

Fieber etc. empfiehlt *Clar Lussin* als Uebergangsstation aus dem tieferen Süden, besonders in den Monaten *April* und *Mai*.

Reines Inselklima besitzt ferner *Ajaccio* auf Korsika. Seine mittlere Jahrestemperatur beträgt zirka 17° C. Regentage sind selten, und besonders nur im Herbst. Gegen *Nordwinde* ist es vollkommen geschützt. Am günstigsten für *Lungenkranke* ist die *Winterszeit*, und zwar von *Anfang November* bis *Ende April*. Im *Anfangsstadium* der *Tuberkulose*, besonders in Fällen von *zirkumskripten Infiltraten* ohne Rasseln oder mit trockenem, nicht konsonierenden Rasselgeräuschen, wenig Auswurf, bei trockenem Husten, ist das mäßig feuchte Seeklima der Insel besonders zu empfehlen. Besonders günstig ist das Klima in der *Rekonvaleszenz* nach *Rippenfell- und Lungenentzündungen*. Wie die meisten Orte am *Mittelmeere*, herrscht auch in *Korsika* eine höhere Wärme, als seinem *Breitegrade* allein entsprechen würde. Das Klima ist ziemlich gleichmäßig; Regen kommt, wie erwähnt, nur im Herbst vor. Ursache des überaus milden Klimas ist die relativ beträchtliche Wärme des *Mittelmeers* an und für sich, ferner der schützende *Gebirgszug* gegen Norden. In neuerer Zeit sind in *Ajaccio* auch *Vorkehrungen* für Heilung suchende *Lungenkranke* getroffen, so z. B. *Liegehallen* in offenen *Loggien*, die in einigen *Hotels* den *Kranken* zur Verfügung stehen.

Neben dem Seeklima und den ihm gleichzustellenden Inselklima ist das *Küstenklima* schon seit jeher für *Phthisiker* empfohlen worden. Die Anzahl der teils im Winter, teils im Sommer benützten Aufenthaltsorte ist eine viel erheblichere, wie die der Inseln. So werden die Küstengebiete des *Mittelmeers*, wie diejenigen des *Adriatischen Meeres* im Winter, die der *Ost- und Nordsee* im Sommer von *Lungenkranken* seit langem aufgesucht.

Des größten Besuches als Winteraufenthalt erfreut sich die *Riviera*. Von mittlerer Feuchtigkeit, aber doch schon mehr zur *Trockenheit* neigend, sind die zwei bekanntesten Orte der *Riviera di Levante* *Spezia* und *Nervi*. Die Regenmenge dieser Orte ist eine größere als die der *Riviera di Ponente*. Gegen Norden sind sie wohl durch eine *Bergkette* geschützt, dieser Schutz ist jedoch durch die *Niedrigkeit* der *Bergkette*, wie auch durch die zahlreichen *Unterbrechungen* derselben kein vollkommener, so ist z. B. *Nervi* gegen Osten nicht geschützt.

Starke bemängelt an Nervi das Fehlen von geeigneten Spaziergängen für die Kranken. Nervi sei daher nur für Schwere kranke geeignet, die keine Spaziergänge machen können. Hin gegen empfiehlt er das von Genua ebensoweit wie Nervi entfernte Pegli, den Grenzort zwischen Riviera di Levante und Riviera di Ponente. Es liegt etwas westlich vom Golfe (Genuas) in der Gegend von Voltri, an einem kleinen Meerbusen. Weber behauptet, nirgends sonst an der Riviera in der Nähe des Ufers so schöne Pinienwäldungen gesehen zu haben, selten finde man an anderen Orten so dicke, baumartige Stämme der Mittelmeerheide, welche oft eine Höhe von 3—4 m erreichen. Die Vegetation der ganzen Umgebung zeigt verminderte Trockenheit. Starke schildert den Ort folgenderweise: „Dieser Ort, durch seine Lage besonders windsicher, nimmt gewissermaßen an den Vorzügen beider Gestade teil. Der größere Feuchtigkeitsgehalt des Bodens läßt Pflanzen gedeihen, die man anderwärts vergeblich sucht; die benachbarten Hügel sind mit der Seefichte und den male rischen Doldenpinien bestanden, Oel- und Mandelbäume überziehen die Höhen weit hinauf, in den Schluchten der zahlreichen kleineren Täler mit ihren sprudelnden Bächen fand ich eine große Mannigfaltigkeit von Farrenkräutern, denen ich sonst vergeblich nachfor schte. Diese lieblichen, landeinwärts ziehenden Täler bieten durch ihre köstlich erfrischende Luft den glücklichsten Aufenthalt für die Kranken, welche die Sonne und der Staub von der Landstraße verschleuchte. Diese wundervollen Spaziergänge bilden auch den besonderen Vorzug vor dem fast in gleicher Entfernung östlich von Genua gelegenen Nervi.“

Ein besonderer Nachteil der meisten, so viel besuchten Orte der Riviera ist die so oft beklagte Staubplage. Am meisten verbreitet ist diese Plage in Nizza und Cannes, dann Mentone und San-Remo. Diese Orte der Riviera, besonders die beiden ersten, sind für Lungenkranke entschieden nicht geeignet. Sie dienen aber auch heute schon mehr Vergüngerreisenden als Lungenkranken zum Aufenthaltsort. Die so vielgerühmten Strandpromenaden liegen neben der Fahrstraße, so daß die hier Promenierenden un aufhörlich den Staub der vorüberfahrenden Wagen einatmen müssen. Dabei ist die Luft in Nizza, ebenso wie in Mentone, oft relativ so trocken, daß man kaum glauben würde, der großen Wasserfläche des Meeres so nahe zu sein. Bennicke meint, dies be-

ruhe hauptsächlich auf der Wärmestrahlung des Erdbodens, welche während des Tages die vom Meere aufsteigenden Wasserdünste rasch in die Höhe führt und sich erst an den Gipfeln der maritimen Alpen verdichten läßt. Von der oftmaligen ungemeinen Klarheit des unteren Luftmeers erhält man einen Begriff, wenn man von der sogenannten Corniche zwischen Nizza und Mentone die Schneeberge Korsikas in klarsten Umrisen erblickt.

Weniger bekannt, jedoch relativ am günstigsten für Lungenkranke, sind die Orte *Ospedaletti* und *Bordighera*. *Hansen* hält diese beiden Winterstationen für Phthisiker am geeignetsten. Er betont die Wind- und Staubfreiheit dieser Plätze, die Mildheit des Klimas, die derjenigen *Mentones* gleichkommt, rühmt besonders die prächtigen *Palmenhaine Bordigheras*. *Naumann* hebt die Menge staubfreier Spaziergänge in einsamen romantischen Tälern auf guten Wegen durch die Olivenwälder hervor, ferner eine neue, wirklich absolut staubfreie Promenade am Meere entlang. Die meisten Hotels haben große Gärten, einige herrliche Terrassen, auf denen Liegestühle den Kranken zur Verfügung stehen. An diesem Orte ist, nach *Naumann*, wie kaum anderswo in der Welt, die Freiluftbehandlung durchzuführen, viel Sonne, eine energische Strahlung, geradezu ideale Heilbedingungen.

In die Gruppe der mittelfeuchten Küstenklimate gehört auch das an der Nordküste Siziliens gelegene *Palermo*. Besonders hervorzuheben ist an Palermo, daß Nebel überhaupt nicht vorkommt. Hingegen kommen infolge mangelnden Gebirgsschutzes ziemlich häufig kalte Nord- und Ostwinde vor. Für vorgeschrittene Phthisiker ist Palermo nicht geeignet. *Weber* sah „bei chronischer, nicht aktiver Phthisis“ sehr günstige Resultate.

Für den Herbst empfiehlt *Weber* das an dem Golfe von Biskaya gelegene *Biarritz*. Auch im Winter und Frühjahr ist das Klima sehr milde, nur sind im Winter und Frühling heftige Winde nicht selten, die auch sehr viel Staub führen, da der Boden ziemlich trocken und sandig ist. Im Sommer wird *Biarritz* meist als Seebad benützt.

Früher wurde auch *Venedig* häufig als Kurort für Lungenkranke empfohlen. Die ungünstigen hygienischen Verhältnisse der Stadt, der häufige Nebel, die engen, von der Sonne nie beschienenen Kanäle, ferner die nicht seltenen rauhen Nord-, Nord-

ost- und Westwinde machen Venedig zum Aufenthaltsort für Lungenkranke v o l l k o m m e n u n g e e i g n e t.

In neuerer Zeit wird in Rußland die Krim für Lungenkranke sehr bevorzugt. I w a n o w unterscheidet vier Kursaisons: 1. Sommersaison (klimatische und Badekur), 2. Herbstsaison (klimatische, Bade- und Traubenkur), 3. Frühlings- und 4. Wintersaison (welche rein klimatisch sind). Für Lungenkranke hält er die Frühlings-, Herbst- und Wintersaison für angezeigt. Allerdings müsse der Aufenthalt mindestens sechs Monate währen, um günstige Resultate zu erzielen. Kontraindikationen für die Krim sind: 1. Schnell verlaufende Formen der Lungenschwindsucht (besonders bei schwerer, hereditärer Belastung), 2. hartnäckige Diarrhöen, fortschreitender Verfall des Allgemeinzustandes, auch bei verhältnismäßig geringer Beteiligung der Lungen an dem Prozeß, 3. ausgedehnte Emphyeme, besonders doppelseitige, mit Beteiligung der Lungen und hohem Fieber, 4. tuberkulöse Ulcera des Larynx mit Affektion des Knorpels und der Epiglottis, 5. Emphysem, Herzverfettung, Aneurysmen.

(Fortsetzung folgt.)

REFERATE.

Interne Medizin.

Die spastische Obstipation. Von Dr. Gustav Singer.

Aus der großen Zahl der mit Stuhlträgheit einhergehenden Erkrankungen läßt sich eine auch numerisch bemerkenswerte Gruppe von Fällen absondern, welche als distinktes Krankheitsbild aufzufassen ist. Die in Rede stehende Symptomenreihe findet sich ebensowohl bei sonst gesunden, geistig überangestregten Männern, bei Frauen mit nervösen und hysterischen Erscheinungen, bei Greisen und bei robusten jungen Männern, bei denen Störungen der Defaecation im Vordergrund der Erscheinungen stehen, welche durch Abführmittel noch gesteigert werden. Oft überzeugt man sich, daß Wassereinläufe erfolglos sind, weil das eingespritzte Wasser nicht abgeht. Eine zweite Klage betrifft schmerzhaft empfindungen oder ausgesprochene Schmerzen an später noch zu erörternden Stellen. Charakteristisch ist bei diesen, der Bleikolik ähnlichen Formen die günstige Wirkung der Narkotika, speziell

der Belladonna, so daß aus diesem Umstand, sowie aus einer Reihe anderer Momente sich dem Vf. die Ueberzeugung gefestigt hat, daß eine Behinderung der Austreibung der normalen Stuhlentleerung durch eine Krampfstellung des Darmes vorliegt.

Er unterscheidet eine symptomatische und idiopathische Form der spastischen Stuhlverhaltung, von denen die erstere beobachtet wird bei Frauen mit chronischen Erkrankungen am Genitale, chronisch entzündlichen Adnexerkrankungen, ferner Proktospasmus bei Retroversio-Flexio und Retropositio uteri (nicht selten bei virginalen Individuen), ohne daß die Korrektur der Lageveränderung allein die Störung behebt. Bei Männern machen nicht selten die chronischen Erkrankungen der Prostata Stuhlverhaltung nach dem Typus der spastischen Obstipation. Kurz zu erwähnen ist der Spasmus am Rectum und Sphinkterkrampf bei Rhagaden, Fissuren, Hämorrhoidalknoten, bei lokalen Erkrankungen der Analschleimhaut, bei Proktitis, Pruritus ani, bei Oxyuris. Eine klinisch sehr wichtige Form des Enterospasmus ist die bei Nierensteinkolik beobachtete, ferner bei der Hyperchlorhydrie. Eine häufige Ursache der spastischen Obstipation liegt nach den Beobachtungen des Vf. in der Genitalsphäre (Coitus interruptus, Masturbation). Bei den nervösen Formen kommen in Betracht die Konstipation bei Meningitis (kontrahierte Därme, kahnförmige Einziehung des Abdomens) und bei Tabes.

Das Hauptkontingent der idiopathischen, rein nervösen Formen wird von den mit den Erscheinungen der Neurasthenie und Hysterie behafteten Individuen beigelegt. Die Symptomenreihe ist eine sehr mannigfaltige, teils allgemeine, teils auf den Verdauungstrakt sich konzentrierende Beschwerden in sich begreifend. Neben dyspeptischen Beschwerden Störungen der Magenverdauung begegnet man häufig der Klage über Schmerzen, die in der Nabelgegend, Cöcalgegend, im linken Hypochondrium lokalisiert sind, gegen Rücken und Kreuz ausstrahlen. Bei meist genügender Nahrungsaufnahme ist die Stuhlmenge zunächst verringert, der Akt der Defäcation äußerst erschwert und oft nur durch allerhand Hilfsaktionen zu bewerkstelligen. Sehr oft findet man in kurzen Intervallen häufige Darmentleerungen mit nicht diarrhöischen Stühlen, ein der Pollakisurie analoges Symptom. Objektiv können Dislokationen der Bauchorgane vorhanden sein, sind aber nicht charakteristisch. Der Dickdarm ist in einzelnen Abschnitten oder in toto strangförmig kontrahiert zu tasten, meist die Flexur, seltener das

Caecum und Colon ascendens; doch können die harten Stellen am Kolon wechseln und bald den auf- und bald den absteigenden, bald den Querdarm einnehmen. Unter schweren allgemeinen und lokalen Symptomen kann durch die spastische Obstipation das Bild der Darmokklusion vorgetäuscht werden (Ileus spasticus Leube), so daß wiederholt bei solchen Fällen die Operation in Aussicht genommen wurde. Die Mehrzahl der Fälle verläuft chronisch und in torpider Form. Sehr häufig sitzt das durch Spasmus hervorgerufene Passagehindernis im Rectum. Am Abdomen konstatiert man charakteristische Druckpunkte.

Die Fäces können dickbreiig oder kleinknollig aus Schafkot ähnlichen Fragmenten wie bei der atonischen Form bestehen; in ausgeprägten Fällen sind sie bleistiftdünn, kanneliert, bandartig, mit Schleim versehen oder auch mit membranösen Schleimgebilden gemischt.

Für die Pathogenese der Erkrankung kommt eine Störung zwischen konstriktorischen und dilatatorischen Impulsen für die Darmbewegung in Betracht. Am Rectum überwiegt an den physiologischen Stellen des Sphincter externus und internus die Konstriktion durch Verstärkung der Ringmuskellager. Ein Plus an kontraktionsfördernden Impulsen erklärt sich durch eine vermehrte Erregung der Konstriktoren oder Lähmung der dilatatorischen Nerven, hervorgerufen durch Reizzustände per contiguitatem oder durch Reizung intramuskulärer Ganglien. Unter nervösen Einflüssen kann die Krampfstellung des Darmes für längere Zeit oder habituell vorliegen und ist als Koordinationsstörung zu den motorischen Neurosen des Darmes zu zählen.

Die Prognose ist meist günstig, doch kommen entsprechend der zugrundeliegenden Neurose auch sehr hartnäckige Fälle zur Beobachtung.

Die Therapie der spastischen Obstipation und des Enterospasmus hat vor allem kalmierende, krampflösende Maßnahmen zu bevorzugen. Strenge zu verwerfen sind Abführmittel, deren fortgesetzter Gebrauch Spasmen am Darmkanale provoziert oder die Neigung zum Auftreten derselben entschieden begünstigt. Es gilt dies vor allem von den sog. drastischen Abführmitteln: Senna, Aloe, den Koloquinthen, doch auch bei dauernder Anwendung der als harmlos geltenden Cascarapräparate hat Vf. Spasmen und besonders Proctospasmus beobachtet. Auch die fortgesetzte Anwendung salinischer Abführmittel hält er bei Neigung zu Spasmen

für nicht angezeigt, und die nicht selten bei Unkenntnis der vorliegenden Obstipationsform eingeleiteten Mineralwasserkuren führen zu üblen Zufällen oder enden mit einem großen Mißerfolg. Ebenso kontraindiziert sind die bei der atonischen Form so bewährten mechanisch wirkenden Prozeduren, die Massage und die Elektrizität.

Die vor Jahren von Fleiner empfohlenen Oelklystiere haben, namentlich wenn sie genug warm zur Anwendung kommen, einen guten Erfolg.

Dauernde Einwirkung bringen die mehr der nervösen Grundlage angepaßten hydriatischen Prozeduren, die ableitend wirken.

Die Applikation der feuchten Wärme auf das Abdomen in Form der Kombination der Leibbinden mit dem Thermophor hat sich besonders bewährt. Auch warme Kataplasmen, Sitzbäder wirken günstig ein. Das souveräne Mittel ist die Belladonna, die Vf. in Form von Suppositorien anwendet.

Seit mehreren Jahren verwendet Vf. bei der spastischen Obstipation die Einführung von Bougies in den Mastdarm mit sehr gutem, oftmals mit überraschendem Erfolge. Da in der größeren Zahl der Fälle der Mastdarm der Hauptsitz der spastischen Erscheinungen ist, müßte ein mechanischer Gegenreiz günstig einwirken und die Erfahrung an einer sehr großen Zahl einschlägiger Fälle hat dies auch vollständig erwiesen.

Vf. verwendet die englischen Bougies, welche in halbweichem Zustande vorsichtig in Knieelbogenlage in das Rectum eingeführt werden. Die Einführung ist oft im Anfang schmerzhaft, so daß bei empfindlichen Kranken die Prozedur zweckmäßig mit der Applikation von Codein- oder Belladonnasuppositorien eingeleitet werden kann. Am Splineter internus begegnet man einem ausgesprochenen Hindernis. Läßt man vor dieser Stelle die Bougie eine Zeitlang ruhig liegen, so kann man sie dann, wenn der Spinkterspasmus nachgelassen hat, allmählich über den inneren Ring hinaufschieben. Es ist besser, hierbei konische Bougies in Anwendung zu ziehen, welche weniger gewaltsam wirken. Die anfangs eintretende Reaktion äußert sich in einem oft empfindlichen Kontraktionsgefühl für den Kranken, während der Arzt bei Berührung der Bougie und Führung derselben das Instrument stark engagiert fühlt. Nach wenigen Minuten läßt die Kontraktion nach, und die Bougie kann leicht hin- und hergeschoben werden. Man beginne mit der dünnsten Nummer und steige allmählich zu dickeren auf.

Die Erfolge, die mit dieser Behandlungsart erzielt wurden, sind bemerkenswert. Ab und zu hat Vf. in widerspenstigen Fällen gesehen, daß der Spasmus im Enddarm schwand und an einer höher gelegenen Stelle des Dickdarmes auftrat, als hätte man den Kontraktionsring von unten hinauf geschoben. In der größeren Zahl der Fälle wirkte die Einführung der Bougie krampflösend und stuhlerregend und brachte allein oder in Kombination mit den anderen empfohlenen Verfahren den erwünschten Erfolg: das Schwinden der subjektiven Symptome und geregelte, normal geformte Entleerungen.

Diätetische Beeinflussung der Darmfunktion kommt bei der spastischen Konstipation weniger in Betracht; Vf. hat wenigstens in der Mehrzahl der Fälle darauf verzichten können. Dagegen kann es oft von Bedeutung sein, durch geistige Entlastung, Wechsel des Aufenthaltes und der Umgebung, sowie durch Ruhekuren, Reizquellen für das Nervensystem auszuschalten und seine Erregbarkeit herabzumindern. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 14, 1903.)

Zur Pathologie und Therapie der Enteroptose. Von Dr. F. H. Kumpf.

Vf. hat bereits im Jahre 1891, als erster nach Brandt, über eine Anzahl von Fällen beweglicher Niere, die er nach dessen Methode behandelt hatte, in sehr günstigem Sinne berichtet.

Brandts Methode besteht in gewissen Widerstandsbewegungen, deren Zweck es sein soll, die erschlaffte Bauch- und Lendenmuskulatur zu kräftigen, zu tonisieren und in der sogenannten „Unternierenzitterdrückung“, einem in jeder Sitzung fünf-, sechsmal wiederholten Hinaufschieben der Niere unter Vibrationsbewegungen der Hand an ihre normale Stelle, welcher Manipulation Brandt eine „Tonisierung“ der erschlafften direkten Befestigungsmittel der Niere zuschrieb.

Die genannte Gymnastik kann als durchaus rationell bezeichnet werden, für die Wirkung der Unternierenzitterdrückung fehlte eine hinreichende Erklärung.

Vf. nahm damals an, daß hiebei auch, durch das oft und oft wiederholte Hinaufschieben der Niere an ihre normale Stelle das Bett derselben, in dem sie früher, auch wegen dessen Form, fest saß und welches beim Herabtreten der Niere sich verflachen, mehr oder weniger verschwinden müsse, allmählich wieder hergestellt werde. Heute möchte er sagen, daß sowohl durch die von Brandt

angegebene Gymnastik als auch durch die letztere Manipulation die „deformierte pararenale Nische“ wieder hergestellt werde.

Die Behandlung der Nephroptose nach Brandt hat in einer relativ großen Zahl von Fällen beweglicher Niere — er hat über 200 derart behandelt — sehr gute Resultate, 60% Dauerheilungen, ergeben.

Aber auch bei der Enteroptose im weiteren Sinne hat Vf. durch Anwendung von Gymnastik und Massage und einer speziell gegen die Ptose des Darmes gerichteten, der Unternierenzitterdrückung Brandt's ähnlichen Manipulation sehr gute Resultate erzielt, und erscheint diese Therapie, welche natürlich vorteilhaft noch mit anderen therapeutischen Maßnahmen kombiniert werden kann, in vielen Fällen den Indikationen am besten zu entsprechen. — (Wien. med. Presse Nr. 15, 1903.)

Zur Therapie des Rückfallfiebers. Von Dr. Justin Karlinki.

Die Therapie der Febris recurrens ist leider noch eine sehr wenig effektvolle. Deshalb suchte Vf. durch Studium des biologischen Verhaltens der Recurrensspirillen einiges über deren Resistenz gegen verschiedenartige Eingriffe zu erfahren. Die Spirillen zeigen zwar in den Präparaten Empfindlichkeit gegen Salze, Alkalien, Säuren, Alkaloide, es ist aber bis jetzt kein Mittel bekannt, welches, in der zur Abtötung nötigen Menge dem kreisenden Blute zugeführt, nicht zugleich schädigend auf den Gesamtorganismus wirken würde. Doch bemerkte Vf., daß die Zugabe von Kochsalz zu dem offenbare Agglutinationskraft zeigenden Serum apyretischer Patienten diese Kraft erheblich steigert. Dieses Resultat suchte er nun praktisch in der Behandlung zu verwerten, indem er nach dem Ablaufe des ersten Anfalles eine subkutane Transfusion von sterilisierter 1%iger Kochsalzlösung bis zu 1250 cm³ vornahm. In keinem der behandelten vier Fälle trat ein Relaps ein. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 15, 1903.)

Mosers Scharlach-Streptokokkenserum. Von Dr. Dionys Pospischill.

Es wurden 26 Scharlachfälle, durchgehends schwere, mit Prognosis dubia ad malum vergens (Prognose III) und mit letaler Prognose (Prognose IV) behandelt. Nur ein einziger Fall hatte eine bloß zweifelhafte Prognose. Die Prognosen wurden mit ängstlicher Vorsicht gestellt, so daß einige mit Prognose III bezeichnete Fälle eher in die nächste Kategorie IV gestellt werden könnten, um günstige Fälle nur sicher

anzuschließen. Vier Fälle wurden in moribunden Zustände injiziert, ein Fall erst am fünften Krankheitstage, andere mit schweren Komplikationen, so daß das tötliche Ende wohl sicher vorauszu- sehen war. Dennoch ließ sich auch in diesen letal verlaufenen Fällen ein Temperaturabfall, Besserung der Nahrungsaufnahme be- merken. Auch ein günstiger Einfluß auf Rachennekrosen war trotz des tötlichen Ausganges zu bemerken. Zwei Kinder, welche an schwerster Scarlatina erkrankt und bereits moribund waren, starben erst einige Tage nach der Injektion an Tuberkulose. Von 12 Kin- dern mit Prognose III wurden neun, von 13 mit Prognose IV fünf geheilt. Besonders bemerkenswert ist der günstige Ausgang in fol- genden Fällen: 1. Achtmonatliches Kind mit Zyanose, Ikterus, hoher Temperatur, schlechtem Puls, Milztumor und Bronchitis. Vom zweiten Tage nach der Injektion fortschreitende Besserung. 2. Moribundes Kind. Nach 14 Stunden Temperaturabfall von 3° und verblüffende Besserung des Allgemeinbefindens. 3. Injektion 17 Stunden nach Krankheitsbeginn. 16 Stunden nach der Injektion Temperaturabfall um 3°, Abblassen des Exanthems, Schwinden der schweren Erscheinungen, dauernde Entfieberung. 4. Gleichzeitige Erkrankung an Masern und Scharlach mit Rezidiv. 5. Rachen- nekrose, stinkender Nasenausfluß, Stenose, Tracheotomie. Zwei Stunden darnach Seruminjektion. Nach fünf Tagen Dekanülement ohne Schwierigkeit. An der Tracheotomiewunde keine Andeutung von Zerfall. 6. Schwerer Scharlach am vierten Tage injiziert. Temperaturabfall um 3°, nach vorübergehendem Collaps Rekon- valeszenz. 14 Tage darauf neuerlicher Temperaturanstieg und Hautblutungen durch Streptokokkensepsis (im Blute Kokken nach- gewiesen) ohne Störung des Allgemeinbefindens. Heilung. Die injizierte Dosis des M o s e r'schen Antistreptokokkenserums betrug 260 cm³ auf einmal. Wiederholt wurde die Injektion nur in ver- einzeltten Fällen. Vf. bezeichnet Temperaturabfall, Abnahme der Puls- und Respirationsfrequenz, Voller- und Härterwerden des Pulses, Freiwerden des Sensoriums, ruhiger Schlaf, Warmwerden der Peripherien, Schwinden der Zyanose, vermehrte Nahrungs- aufnahme als die unmittelbaren Folgen der Injektion.

In den späteren Tagen imponierte bei den Nekrosen die Rötung der Schleimhaut, das Fehlen oder rasche Schwinden des Fötors, das geringe Leiden der Kinder.

Als schönste Dauerwirkung des M o s e r'schen Serums be- trachtet Vf., wenn eine 14 Tage nach der Injektion auftretende

Streptokokkensepsis in Hämorrhagien und Temperaturanstieg ihren alleinigen klinischen Ausdruck findet, um in Genesung zu enden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 15, 1903.)

Zur Nachbehandlung pleuritischer Exudate. Von Dr. D. Rothschild.

Zur Wegschaffung der Flüssigkeit aus dem Pleuraraume dienen zwei prinzipiell verschiedene Vorgänge. Zuerst, wie allgemein bekannt, die Bewegung des Brustkorbes und der Atmungsorgane, bei welcher die Lymphgefäße der Kostalpleura eine pumpenartig saugende Wirkung ausüben, sowie der bei der Respiration wechselnde Innendruck des Pleuraraumes, durch den die Lunge fester oder schwächer gegen die Pleurawand gedrängt wird. Ganz unabhängig hiervon geht die Resorption durch die rein physikalischen Gesetze der Diffusion und Osmose vor sich; es kann eine Lösung aus dem Pleuraraume nur dann resorbiert werden, wenn sie dem Blutserum isotonisch ist. Ist sie es nicht, so wird sie zunächst durch osmotische Vorgänge zu einer solchen gemacht. Daraus ergibt sich, daß die Resorptionsfähigkeit eines Exsudates wesentlich von seiner molekularen Konzentration und der des Blutserums abhängig ist. Durch die Gefrierpunktbestimmung im Blut und in der durch Probepunktion gewonnenen Exsudatflüssigkeit kann die molekulare Konzentration leicht bestimmt werden. In allen vom Vf. daraufhin untersuchten Fällen haben sich diese Gesetze bestätigt. Liegt der Gefrierpunkt des Exsudates höher als der des Blutes, ist also seine molekulare Konzentration geringer als die des Serums, so kann angenommen werden, daß die größere wasseranziehende Kraft des Blutes ohne weiteres die Absorption des Exsudates herbeiführen wird, findet man dagegen eine stärkere Gefrierpunktserniedrigung im Exsudate als im Blute, so ist nicht nur keine sofortige Resorption zu erwarten, sondern die Flüssigkeitsmenge im Brustkorb muß zunehmen, bis durch den osmotischen Wasserstrom die Konzentration des Exsudates der des Blutes gleich geworden ist. Auch dieses Gesetz ließ sich in klinischer Beobachtung bestätigen. Nun sind namentlich abgekapselte Exsudate gewöhnlich höher konzentriert und zugleich liegen in diesen die Verhältnisse zur osmotischen Verdünnung ungünstig, sie können also einer spontanen Resorption nicht anheimfallen und sind durch Punktion zu entfernen. Bei den häufigen mehrkammerigen Exsudaten ist jedoch die gründliche mechanische Entleerung ausgeschlossen, es bleibt daher eigentlich rationellerweise nur der Weg offen, durch eine vorübergehende Er-

höhung des osmotischen Druckes im Blute bis auf die Höhe desjenigen im Exsudate die Resorption zu ermöglichen. Dies kann einerseits durch eine eiweißreiche Nahrung erzielt werden, indem durch den Zerfall der komplizierten Eiweißmoleküle in eine große Zahl einfacher Moleküle der osmotische Druck im Blute erhöht wird. Dasselbe erreichen Schwitzprozeduren durch Wasserabgabe und Konzentration des Serums. Experimentell ist dies auch durch endovenöse NaCl-Einspritzungen gelungen. In der therapeutischen Praxis haben der Autor und Hughes die Erfahrung gemacht, daß Soolbäder, deren osmotischer Druck höher ist als der des Blutes, imstande sind, den osmotischen Druck des Blutes zu erhöhen. Diese Tatsache erklärt die sonst so rätselhafte resorbierende Wirkung der Soolbäder auf alte abgekapselte Exsudate. Unterstützt wird dies noch durch systematischen Genuß von Mineralwasser. — (Therap. d. Gegenw., Nr. 4, 1903.)

Ueber Dauererfolge der internen Therapie des Ulcus ventriculi.

Von J. Schulz.

Vf. hat das Material der Breslauer Klinik und des neuen Hamburger Krankenhauses zu statistischen Erhebungen über die Dauer des therapeutischen Erfolges benützt, indem er durch Fragebogen an die seinerzeit Behandelten deren weiteres Schicksale nachging. Von 291 behandelten Fällen lief in 157 Fällen Antwort ein. Auf Grund dieses Materials ergab sich, daß die interne Behandlung des Ulcus ventriculi nach den Ziemssen-Leube'schen Grundsätzen sich in 64% aller einer Erkundigung zugänglich gewesenen Kranken von nachhaltiger Wirkung gezeigt hat. In weiteren 18% traten Rezidiven ein, doch war schließlich der größte Teil dieser Patienten zur Heilung gelangt. In den übrigen 18% war Mißerfolg, u. zw. führten 10·4% eine Existenz mit erheblichen Magenbeschwerden, während 7·6% an dem Magengeschwür zugrunde gegangen waren. Es ist also nicht angängig, den unmittelbar günstigen Erfolg als Grundlage der Bewertung der Therapie anzusehen, ferner lehrten die Nachfragen, daß die im Heilerfolg unsicheren Fälle zu einem beträchtlichen Teil wesentlicher Verschlimmerung anheimfallen, daß trotz einigen Erfolges der Behandlung und trotz Rezidiven Heilung durch wiederholte interne Behandlung oder auch ohne diese eintreten kann. Die Mortalität ist zwar keine hohe, immerhin läßt sie die Verbesserung der Therapie als dringend wünschenswert erscheinen. Für das ärztliche Handeln ergibt sich demnach, daß, wenn irgend möglich, die Ulcuskranken nicht vor

erzielter glatter Heilung die Behandlung unterbrechen, daß ferner bei zögerndem Erfolge die Möglichkeit einer Komplikation und anderweitige therapeutische Maßnahmen ins Auge zu fassen sind (chirurgische? Anm. d. Ref.).

Ueber Erfahrungen bei Entfettungskuren mit Borsäure. Von Dr. K. Senz.

Da nach Rubners Untersuchungen der Gewichtsverlust bei Einnahme von Boraten durch vermehrte Fett-, hauptsächlich Wasserabgabe erfolgt, wurden zur Erprobung des Verfahrens sechs weibliche Patienten ohne Aenderung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit Boraten behandelt, da bei diesen die Flüssigkeitsaufnahme verhältnismäßig gering war und eine Fettsparung durch Alkohol ganz wegfiel, also die Chancen sehr günstige waren. Zuerst wurden *Natr. bitoracicum* in Wasser gelöst, später, als Boraxdarreichung häufige Magenbeschwerden verursachte, *Acid. boracic.* in $\frac{1}{2}$ —1% wässriger Lösung, zwei bis dreimal täglich $\frac{1}{2}$ g gereicht. Drei Fälle verliefen erfolglos, es mußte verschiedener, namentlich gastrischer Beschwerden halber, die Kur unterbrochen werden. In einem vierten Falle erzielten mäßige Mengen Borsäure in etwa elf Wochen eine Abnahme von $4\frac{1}{2}$ kg, in einem fünften Falle war die Abnahme ganz unbedeutend. In einem sechsten Falle wurden von der Patientin irrtümlicherweise statt $\frac{1}{2}$ g 3 g pro die genommen. Das Gewicht sank in fünf Tagen von 75 auf 73.4 kg, zugleich traten Kopfschmerzen, Schwindel, Schwächegefühl und Herzklopfen auf. Der Appetit blieb gut, dagegen nahm das Durstgefühl beinahe bis zum Widerwillen gegen Trinken ab. Die Diurese hob sich nicht. Nach einer zweiwöchentlichen Pause wurde die Therapie noch einmal aufgenommen und in drei Wochen ein Gewichtsverlust von nicht mehr als 1.2 kg erzielt. Nach diesen Angaben kann Ref. mit dem günstigen Urteile des Vf. über diese Methode kaum übereinstimmen und sie insbesondere wegen der nicht vorher zu berechnenden Nebenwirkungen nicht für die allgemeine Praxis empfehlen. — (Therap. d. Gegenw., Nr. 4, 1903.)

Therapeutische Erfahrungen über Veronal. Von Dr. M. Rosenfeld.

Vf. hat auf der psychiatrischen Klinik Prof. Fürstners das neue Präparat (siehe diese Zeitschr. S. 254) erprobt, und zwar sowohl an neurologischem wie psychiatrischem Material. Die besten Erfolge erzielte man bei einfacher Agrypnia, Hysterie, Neu-

rasthenie, nervöser Unruhe, Angstzuständen, selbst in Fällen, wo Trional und Chloral versagten. Auf 1 g Veronal trat nach zirka $\frac{3}{4}$ Stunden zehnstündiger Schlaf ein. Später wurde mit 0.5 g derselbe Erfolg erreicht. Bei chronischem Alkoholismus und Geisteskranken waren die Wirkungen des Veronals nicht so zuverlässig. Als unangenehme Nebenwirkungen traten manchmal bei Dosen von 1 g Schwindel, Brechneigung auf. Einmal war die Wirkung dieser Dosis eine auffallend protrahierte. Nach Dosen von 0.5 g wurde nichts von Nebenwirkungen bemerkt. Diese Dosis ist auch in den meisten Fällen vollkommen genügend. — (Therap. d. Gegenw., Nr. 4, 1903.)

Chirurgie.

Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia. Von Dr. F. von Mangoldt.

Vf. hat zwölf Fälle von Knochenhöhlen in der Tibia behandelt und dabei Methoden angewendet, die geeignet sind, erstens die Ueberhäutung der großen Wundflächen rasch herbeizuführen und zweitens möglichst bald die Gebrauchsfähigkeit der betreffenden Extremität normal zu gestalten. Große Sequesterhöhlen wurden nach dem Verfahren *Thiersch*' behandelt: Die Höhle wurde mit einer einfachen Lage Jodoformgaze bedeckt und darüber mit Salicylsäure ausgefüllt, das ganze mit einem aufsaugenden Verbands umgeben. Beim ersten Verbandwechsel nach 8—14 Tagen fand man die Höhle mit Granulationen ausgekleidet. In der dritten bis vierten Woche wurden die Granulationen mit dem scharfen Löffel abgekratzt und die Wundfläche nach vorheriger Kompression mit *Thiersch*'schen Hautlappen bedeckt. Statt der Transplantation nach *Thiersch* hat Vf. mit gutem Erfolge die sogenannte Epithelaussaat (Methode *Mangoldt*) benützt. Die abgeschabten Epidermisschuppen wurden auf die Wundfläche gestreut, worauf dann die einzelnen Epithelschuppen zu wachsen anfangen und schließlich die ganze Wundfläche mit zarter Epidermis bedeckten. Da die Epitheldecke in der Höhle keinen Insulten ausgesetzt ist, war die Zartheit der Decke nicht von Nachteil.

In anderen Fällen, speziell bei Epiphysenhöhlen, trachtete Vf. den Defekt durch Hautperiostlappen, die noch eine dünne Lage Knochen enthielten, zu decken. Die Lappen wurden aus der Umgebung der Sequesterhöhle entnommen, heilten in der Höhle ein

und trugen dazu bei, daß die Festigkeit des Knochens rasch zunahm, da das verpflanzte Periost frischen Knochen produzierte. Die Röntgenphotographie ermöglichte dem Vf., sich vor der Operation über die Höhle zu orientieren und dementsprechend das operativ richtige Verfahren zu wählen. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, H. 1 u. 2.)

Ueber die Arthrodese des paralytischen Schlottergelenkes der Schulter. Von Oskar Vulpius.

Obwohl die isolierten Lähmungen der Schulter verhältnismäßig selten sind, hatte Vf. dennoch Gelegenheit, sechs Fälle dieser Krankheit zu behandeln und hat, als die anderen therapeutischen Methoden zu keinem Resultate führten, die Arthrodese des Schultergelenkes ausgeführt. Zu diesem Zwecke müssen die Knorpel der Gelenkflächen entfernt werden und der Kopf mittels zwei Silbernähten an die Gelenkspfanne fixiert werden. Darauf folgt mehrwöchentliche Fixation der Schulter im Gipsverband. Durch die dadurch eintretende knöcherne Verbindung zwischen Kopf und Pfanne ist Pat. genötigt, sämtliche Bewegungen im Schultergürtel auszuführen und, wie wir aus Erfahrungen bei anderen pathologischen Ankylosen wissen, kann die Beweglichkeit im Schultergürtel einen hohen Grad erreichen. Voraussetzung für die Operation ist natürlich das Erhaltensein der Schultergürtelmuskulatur, vor allem des Cucullaris. In der Tat erreichten die vom Vf. operierten Pat. einen hohen Grad von Beweglichkeit der Hand, sie konnten Gegenstände greifen, die sich in Schulterhöhe befanden, konnten die Hand zum Munde führen u. s. w. Da aber die Operation einen definitiven Verzicht auf die Funktion des Gelenkes bedeutet, ist es ratsam, die Operation erst dann auszuführen, wenn nach einjähriger Behandlung mit Massage, Elektrizität und Hydrotherapie die Funktion der gelähmten Schulter sich nicht gebessert hat. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, H. 1 u. 2.)

Ueber die Entstehung und Behandlung der spondylitischen Lähmungen. Von Prof. Dr. H. Tillmanns.

Vf. hat elf Fälle von spondylitischen Lähmungen auf operativem Wege behandelt; es handelte sich um Patienten im Alter von $1\frac{3}{4}$ —14 Jahren. Der auf dem Rückenmarke lastende Druck wurde durch eine Laminektomie stets behoben; sämtliche Pat. überlebten die Operation und der Erfolg war in zehn Fällen günstig; die Lähmungen gingen ganz oder teilweise zurück. Leider war die Besserung nicht in allen Fällen von längerer Dauer.

Die Indikation zum operativen Eingriff ist nach Ansicht des Vf. erst dann gegeben, wenn die unblutige orthopädische Behandlung nicht zum Ziele geführt hat; jedoch soll man dieselbe, wenn der Erfolg ausbleibt, nicht zu lange fortsetzen, damit die Heilungsaussichten sich nicht verschlechtern.

Der Eingriff wird entsprechend der Ursache der Lähmung verschieden ausfallen müssen. Wenn die Lähmung bedingt ist durch Kompression des Rückenmarks durch Granulationsgewebe und Abszesse also in frischen Fällen, wird der Wirbelkörper von der Seite bloßgelegt werden und für eine ausgiebige Eröffnung und Drainage der Abszesse gesorgt werden müssen.

In ausgeheilten Fällen von Wirbelcaries wird es sich darum handeln, die durch Abknickung der Wirbelsäule bedingte Raumbeugung zu beheben und hier dürfte die Laminektomie genügen. — (Arch. f. klin. Chir. Bd. 69, H. 1 u. 2.)

Ueber einen mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelten Fall von Brustdrüsenkrebs. Von J. v. Mikulicz und O. Fittig.

Die Mitteilung des genau beobachteten Falles stammt aus der Breslauer chirurgischen Klinik und hat insofern eine wichtige Bedeutung, als der Tumor vor und nach der Behandlung mikroskopisch untersucht wurde. Ein 52jähriger Mann hatte seit Monaten einen Tumor an der Brust, der schließlich exulzerierte und zu einem 7×3 cm großen Geschwüre führte. Die Drüsen in der Achselhöhle waren beiderseits vergrößert. Vor Beginn der Behandlung mit Röntgen-Strahlen wurden die Drüsen exstirpiert und die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um Drüsenmetastasen eines Karzinoms handelte.

Die Behandlung mit Röntgen-Strahlen hatte in diesem Falle einen außerordentlich schnellen Erfolg. Schon nach vier Sitzungen verkleinerte sich das Geschwür auf $5 \times 1\frac{1}{2}$ cm und drei Monate nach dem Beginne der Behandlung — nach sechs Sitzungen — trat vollständige Vernarbung ein. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 37, H. 3.)

Zur Behandlung der Fissur und des Vorfalles des Mastdarmes. Von Prof. Dr. Czerny.

Die Fissuren des Mastdarmes sind häufig schwere Krankheiten, welche den Träger stark herunterbringen und der gewöhnlichen Behandlung mit Salben und Aetzmitteln nicht weichen. Für diese Fälle war jetzt die Inzision oder Paquelinisierung der Fissur oder Dehnung des Sphinkters nach R e c a m i e r in Gebrauch und

es wurden häufig gute Resultate mit diesen Methoden erzielt. Die Nachbehandlung dauert aber Wochen und Monate und ist oft schwierig. Vf. empfiehlt daher, die Fissur ganz zu extirpieren und das alte Bett der Fissur und die gereizten Nerven mit der heruntergezogenen gesunden Schleimhaut zu bedecken. Die Nähte, welche die Schleimhaut an der Anahaut fixieren, werden nach vier bis sechs Tagen entfernt. Die Heilung erfolgt rasch.

Für Prolapsus recti mittleren Grades schlägt Vf. vor, auf parasakralem Wege den Mastdarm bloßzulegen und mit Nähten, die die ganze Dicke der Muskulatur fassen, eine Falte im Lumen und daher eine Verengung desselben zu erzeugen. Diese Methode bewährte sich in einem Falle sehr gut. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 37, H. 3.)

Ueber chirurgische Intervention bei Speiseröhrenverengung.

Von H. Lindner.

Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen bespricht Vf. die Therapie der stenosierenden Erkrankungen der Speiseröhre. Die zwei großen Gruppen der malignen und benignen Stenosen werden von verschiedenen Gesichtspunkten behandelt werden müssen. Sobald die Diagnose auf eine maligne Stenose gestellt wird, ist jede Aussicht auf Erfolg einer nicht chirurgischen Behandlung vorbei und es kann sich nur darum handeln, den Reiz, den das Vorbeigleiten der Speisen auf das Karzinom ausübt, auszuschalten; es ist Hoffnung vorhanden, daß nach Wegfall des Reizes das Karzinom nicht so rasch wachsen wird. Es ist zwar öfter der Versuch gemacht worden, das Neoplasma zu extirpieren, die Lage der Tumoren ist aber meistens eine solche, daß von einer radikalen Entfernung mit vollständiger Naht der Speiseröhre (und nur von einer solchen kann der Patient einen Nutzen haben) nicht die Rede sein kann. Es bleibt daher nur die Gastrostomie übrig. Die Einführung der Nahrung wird eine ungestörte und der Patient erholt sich rasch. Da die Fistel als dauernde gedacht ist, können nur solche Methoden gewählt werden, die die meiste Garantie für die vollständige Suffizienz bieten. Nach den Erfahrungen des Vf. hat sich die Methode von Witzel (Bildung eines schrägen Kanals, der innen vom Peritoneum ausgekleidet ist) am besten bewährt.

Bei benignen Stenosen (infolge Verätzung) handelt es sich nur darum, temporäre Fisteln anzulegen, die einerseits zur Einführung von Speisen dienen, andererseits aber die bequeme Einführung von dilatierenden Bougies gestatten (behufs retrograder

Erweiterung). Für diese Fälle hat sich die Methode *Franks* sehr gut bewährt. Wenn man mit der gewöhnlichen Sondierung nicht zum Ziele kommt, gelingt es häufig, noch eine rasche Dilatation durch die Sondierung ohne Ende (*Hacker*) zu erzielen. Zu diesem Zwecke läßt man eine kleine Bleikugel an einem Faden schlucken, trachtet die Bleikugel bei der Fistel herauszufischen und befestigt an den Faden anfangs dünne, später immer dickere Gummidrainen, welche die Stenose rasch dilatieren. Wenn dann dickere Drains durchgehen, kann man die Magenfistel schließen, die Sondierung der Striktur muß aber noch lange Zeit hindurch vorgenommen werden.

In einem sehr schweren Falle von Verätzungsstriktur konnte Vf. weder vom Mund noch von der Fistel eine Bougie einführen. Da Patient herunterkam, entschloß sich Vf. zur Oesophagotomie, bei welcher Gelegenheit er eine sackförmige Dilatation des Oesophagus eröffnete und mit schwerer Mühe ein dünnes Drain in den Magen einführen konnte. Die nun vorgenommene Bougierung ohne Ende führte so rasch zum Ziele, daß Vf. nach drei Wochen die Magenfistel schließen konnte. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 6, 1903.)

Ueber die Naht der Schenkelvene am Leistenbände und ihre Indikation. Von Doz. Dr. Schönrrath.

So oft über Verletzungen der größeren Venenstämme und Naht derselben gesprochen oder geschrieben wird, wird stets darauf hingewiesen, daß eine Naht nur gestattet sei bei Aussicht auf einen aseptischen Verlauf der Wunde. Dieser Ansicht widerspricht der Vf. und erweitert die Indikation der Venennaht. Er hatte nämlich Gelegenheit, in drei Fällen, bei welchen eine Verletzung der Vena femoralis bei der Operation vereiterter Leistendrüsen stattfand, die Naht der Vene auszuführen, und beobachtete immer einen guten Verlauf. Bei all diesen Operationen war natürlich von einem aseptischen Verlauf der Wunde gar keine Rede. Die Naht wurde mit Darmnadeln und feiner Seide ausgeführt, der Faden wurde durch das Gefäßlumen selbst durchgezogen, ohne zu Thrombosen zu führen. Die Blutung stand nach der Naht sofort. Nachblutung aus den Stichkanälen trat nie auf. Die Nachbehandlung bestand nach Anlegen des Verbandes in Einwicklung der Extremität von der Zehe bis zur Leiste mit Flanellbinden. Die Extremität wurde hochgelagert. Für die Zukunft empfiehlt Vf., statt der Hochlagerung des Beines, die Erhöhung des Fußendes des Bettes nach der Au-

gabe von L e n n a n d e r, weil diese Art der Hochlagerung den Abfluß des Blutes nach dem Becken wesentlich erleichtert. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1903.)

Laparotomie und Ventralhernie. Von Dr. M. Silbermark und Dr. M. Hirsch.

Die Vf. beschreiben das an der Abteilung v. M o s e t i g übliche Verfahren bei Ausführung von Laparotomien, welches sich zur Verhütung von postoperativen Ventralhernien sehr gut bewährt hat. Von besonderer Wichtigkeit erscheint den Vf., daß der Laparotomieschnitt extramedian nach L e n n a n d e r angelegt wird. Der Schnitt in der Haut liegt nach außen von der Linea alba, dann wird die Rektusscheide durchtrennt, der Musculus rectus abgezogen und der hintere Teil der Rektusscheide samt dem Peritoneum näher der Medianlinie durchtrennt.

Die Blutstillung ist eine äußerst sorgfältige, um Hämatome der Bauchdecken, welche die Prima intentio stören könnten, zu verhindern, ebenso ist auch die Antisepsis auf das Peinlichste durchgeführt. Bei genauer Berücksichtigung dieser Momente gelingt es nicht nur in einfachen Fällen, sondern auch häufig dort, wo drainiert werden mußte, größere Ausbuchtungen der Bauchwand zu verhüten. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 68, H. 1 und 2.)

Beiträge zur operativen Radikalbehandlung der Kniegelenktuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung der Jodoformplombe nach v. M o s e t i g. Von Dr. Damianos.

Nach den Erfahrungen, die Vf. an der Abteilung des Hofrates v. M o s e t i g gesammelt hat, erscheint es dringend indiziert, in Fällen von Kniegelenktuberkulose die Radikaloperation, wie sie v. M o s e t i g übt, vorzunehmen. Exspektativ werden nur diejenigen Fälle behandelt, die noch keine manifeste Tuberkulose des Kniegelenkes aufweisen. Bei manifester Tuberkulose wird die nicht-operative Behandlung (Fixation, Injektion von Jodoformemulsion u. s. w.) nur dann angewendet, wenn die Operation vom Patienten nicht zugegeben wird. Alle übrigen Fälle werden operiert.

Die Operation besteht in breiter Eröffnung des Gelenkes mittels queren Schnittes und gründlicher Exstirpation der ganzen erkrankten Gelenkkapsel samt der Bursa suberuralis mit Schere und Messer, als ob es sich um malignes Neoplasma handeln würde. Gewöhnlich wird auch der Knochen krank angetroffen und daher die Gelenkenden reseziert. Durch bogenförmiges Absägen der Ge-

lenkflächen gelingt es in den meisten Fällen, den Epiphysenknorpel zu schonen und die Verkürzung auf ein Minimum zu reduzieren. Diese Art der Resektion wird auch bei kleinen Kindern, bei welchen das Knochenwachstum noch nicht beendet ist, vorgenommen, ohne daß besondere Wachstumsstörungen resultieren.

Wenn tuberkulöse Herde im Knochen auf der Schnittfläche gefunden werden, werden sie mit dem Meißel ausgestemmt und die Höhle mit einer von M o s e t i g angegebenen Jodoformplombe (Jodoform 60·0, Cctaceum 40·0, Ol. sesami 40·0 oder 20·0) ausgefüllt. Die Plombe heilt anstandslos ein und wirkt nicht nur als Lückenbüßer, sondern bietet auch den Vorteil, daß ein Mittel von hoher antituberkulöser Wirkung dauernd im Gelenk deponiert ist.

Bei gründlicher Operation gelingt es, durch Resektion noch solche Extremitäten zu erhalten, welche sonst überall für Amputationsfälle gehalten werden.

Die Resultate der Operation, sowohl die rasche Heilung, als auch die Dauerheilung, sind so günstige, daß Vf. diese sogenannte Radikalbehandlung, welche aber eigentlich eine konservierende, die Extremität erhaltende ist, zur Ausführung empfiehlt. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 68, H. 1 und 2.)

Ueber Fisteln des Duodenum. Von Dr. v. Cackovic.

Im Anschlusse an die Exstirpation eines kindskopfgroßen Nierensarkoms, bei welcher das Duodenum auf einer Strecke von 10 cm aus seiner retroperitonealen Einbettung abgehoben wurde, kam es, wahrscheinlich infolge der notwendigen Gefäßunterbindung, zur Gangrän des Duodenums und zur Fistel. Am neunten Tage nach der Operation trat eine sehr starke Sekretion der Wunde von scheinbar serös-eitriger Beschaffenheit auf, ohne daß eine Erklärung für die plötzlich auftretende Sekretion zu finden war. Erst als am nächsten Tage zwei gallig gefärbte Schleimflocken im Inhalte gefunden wurden, konnte die Diagnose gestellt werden.

Da die ganze eingenommene Nahrung durch die Fistel abfloß, kam die Patientin sehr schnell herunter, so daß vier Tage nach der Perforation eine Operation vorgenommen werden mußte, um das Leben der Patientin zu erhalten. Von allen Eingriffen, welche in Frage kamen (Naht der Fistel, Gastroenterostomie mit Verschuß des Pylorus, Jejunostomie) wurde der letztere gewählt, weil man der sehr herabgekommenen Patientin keine eingreifendere Operation zumuten konnte. Nachdem dann durch die Jejunumfistel fleißig Nahrung eingefloßt wurde, erholte sich die Patientin vor-

übergehend, ging aber dennoch zwei Tage nach der Operation an Erschöpfung zugrunde.

Aus dieser Beobachtung und den wenigen Fällen aus der Literatur schließt der Vf., daß die Duodenumfistel ein sehr ernstes Leiden ist und daß nur in Fällen von inkompletten Fisteln, aus denen nur etwas Schleim und Chymus austritt, ohne Gefahr für das Leben der Patienten expektativ verfahren werden darf. In allen übrigen Fällen ist sofort, nachdem die Diagnose gestellt wurde, eine von den früher genannten Operationen auszuführen, welche eine ausgiebige Ernährung des Patienten ermöglicht. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, H. 3.)

Zur Kasuistik der Halsrippen. Von Dr. Ranzi.

Halsrippen werden häufig als Nebenfunde bei Obduktionen gemacht, hingegen sind die Fälle selten, daß die Halsrippen wegen der Beschwerden, die sie verursachen, Gegenstand chirurgischer Operationen sind. In der Literatur sind 32 Fälle beschrieben und außerdem teilt Vf. zwei operierte Fälle aus der chirurgischen Klinik v. E i s e l s b e r g mit. Es handelte sich in beiden Fällen um Halsrippen, die ausschließlich nervöse Erscheinungen: Parästhesien, Kältegefühl im Arm, Abnahme der Kraft und Atrophien, verursachten. In einem Falle bestanden die Beschwerden seit drei Jahren, im anderen Falle traten die ersten Erscheinungen vor 15 Jahren auf.

In beiden Fällen wurde die Rippe bloßgelegt und samt ihrem Periost entfernt. Zu der bei dieser Operation so sehr gefürchteten Verletzung der Pleura kam es nicht. Nach der Operation waren die Schmerzen und Parästhesien sofort beseitigt. Die Nachbehandlung bestand in Massage und Elektrisierung.

Die Nachuntersuchung des einen Falles 2½ Monate nach der Operation ergab, daß Patient den kranken Arm jetzt bei der Arbeit vollkommen gut verwenden konnte, die rohe Kraft im Ellbogen- und Schultergelenk ist bedeutend größer geworden, hingegen waren die Atrophien an der Hand noch wenig gebessert. Im zweiten Falle ergab die schriftliche Anfrage, daß Patient 3½ Jahre nach der Operation den krank gewesenen Arm so benutzen könne wie den anderen, nur nach schwerer Arbeit verspüre er ein leichtes Kriebeln in der Hand. Die Erfolge der Operation sind also sehr gute. -- (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 10, 1903.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Dilatierende Dauerdrainage des Uterus zur Behandlung der Endometritis und Dysmenorrhö insbesondere bei Stenose der Cervix. Von F. Franke.

Vf. empfiehlt folgendes Verfahren bei Endometritis und gleichzeitig vorhandener Stenose des inneren Muttermundes. Es werden in letzteren 14—15 seichte Einschnitte gemacht, worauf die Cervix mit Hegar'schen Stiften brüsk erweitert wird. Hierauf wird ein kleinfingerdickes, 6—7 cm langes, der Länge nach über eine Sonde gezogenes Gummidrain bis an den Fundus geführt, an der Portio durch Naht fixiert und nun beliebig lange liegen gelassen. Die Vagina wird mit Jodoformgaze gut austamponiert. In jenen Fällen, wo Endometritis, jedoch keine Stenose verstanden ist, genügt das bloße Einführen und Liegenlassen des Gummirohres ohne Discission und ohne Dilatation der Cervix. Vf. verfügt wohl bloß über zwei derart von ihm behandelte Fälle, die monatelang anderwärts gynäkologisch ohne Erfolg behandelt wurden, während durch seine Methode in kürzester Zeit Heilung erzielt wurde. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 45, II. 3.)

Königstein.

Ueber einen Fall von Imprezidiv in der vorderen Bauchwand. Von R. Schäffer.

Vf. berichtet über eine 48jährige Frau, bei welcher auf abdominalen Wege die karzinomatös degenerierten Ovarien entfernt wurden. Nach Verlauf von drei Jahren konnte Vf. in der Laparotomiewunde dicht über der Symphyse ein kleines Knötchen nachweisen, welches bis über Faustgröße heranwuchs und 4½ Jahre nach der ersten Operation entfernt wurde. Bei der Operation zeigte sich, daß der Tumor sich oberhalb der tiefen Beckenfascien entwickelt hatte und an keiner Stelle auf das Peritoneum übergriffen hatte. Das Peritoneum war, wie durch eine zufällig entstandene Oeffnung beobachtet werden konnte, von durchaus normaler Beschaffenheit, was übrigens auch durch die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Probestückchens des Bauchfells bestätigt wurde, während der Bauchdeckentumor den gleichen ödematös karzinomatösen Bau zeigte, wie die früher exstirpierten Eierstocktumoren. Nach Vorausgeschicktem kann es sich um nichts anderes handeln als um einen karzinomatösen Bauchdeckentumor, welcher als Imprezidiv nach der Entfernung der karzinomatösen

Ovarien entstanden ist. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 45, H. 3.)

Königstein.

Ueber die plastische Verwendung des in die Scheide gestürzten Uterus bei Prolapsen. Von C. C. Busura.

Vf. berichtet über 16 Fälle von Prolaps, welche nach der Wertheim'schen Methode von Wertheim selbst oder seinen Assistenten operiert wurden. Der Vorzug der Wertheim'schen Methode besteht darin, den Uterus plastisch zum Zurückhalten der Cystocele zu verwenden. 11 Fälle von den 16 oberwähnten Fällen waren bereits vor 32 Monaten operiert worden, so daß schon von einem Dauerresultate gesprochen werden kann, während die restlichen fünf Fälle jüngeren Datums sind, also die Feuerprobe noch nicht bestanden haben. In 15 Fällen war der Erfolg der Operation sowohl in subjektiver als objektiver Beziehung ein ganz vorzüglicher. Nur ein einziges Mal war ein totales Rezidiv eingetreten, jedoch waren in diesem Falle zwei vorhergegangene Zangenentbindungen in Rechnung zu ziehen und hatte ein jahrelang bestehender totaler Mastdarmluß zur völligen Erschlaffung des Beckenbodens und der Ligamente geführt. Vf. empfiehlt diese von Wertheim angegebene Methode der weiteren Verbreitung, gestützt auf obige gute Resultate. — (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. 45, H. 3.)

Königstein.

Fremdkörper in der Gebärmutter. Von Pfeifer.

Vf. mußte bei einem Abortus eingreifen und entfernte das im dritten Graviditätsmonate befindliche, in seiner Kontinuität übrigens intakte Ei auf manuellem Wege. Dabei fand er im Uterusfundus ein zirka 3 cm langes Teilchen eines Holzastes. Dasselbe dürfte jedenfalls in der Absicht eingeführt worden sein, einen Abortus herbeizuführen. Vf. ist der Ansicht, daß der Fremdkörper spontan in den Uterusfundus gewandert ist, weil die Eihäute intakt befunden wurden. — (Orvosi hetilap Nr. 43, 1902.)

Königstein.

Unstillbares Schwangerschaftserbrechen und Ovarialcyste. Von L. Lapeyre.

Vf. berichtet über einen diesbezüglichen Fall, welcher in seinen Einzelheiten sehr lehrreich ist. Bei Beginn der Schwangerschaft stellte sich Erbrechen ein, das allen entsprechenden therapeutischen Maßnahmen trotzte und unstillbar blieb. Gleichzeitig konnte man eine schnelle Zunahme des Unterleibsmaßes konstatieren und einen Abdominaltumor als verursachendes Moment

hiefür nachweisen. Dieser Tumor erwies sich als eine Ovarialcyste und wurde auf vaginalem Wege entfernt. Die Gravidität befand sich um diese Zeit im zweiten Monate. 24 Stunden nach der Operation stellte sich das Erbrechen wieder ein und wurde so quälend, daß nach vier Tagen der künstliche Abort eingeleitet wurde, wobei zwei Föten ans Tageslicht kamen. Das Erbrechen sistierte bereits unmittelbar nach der Dilatation. Vf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Das unstillbare Erbrechen der Schwangeren tritt in jenen Fällen, wo die Schwangerschaft mit Ovarialcyste kombiniert ist, nicht häufiger auf, als bei einfachen Graviditäten. Der Tumor hat keinerlei Einfluß auf das Erbrechen und ist das unstillbare Erbrechen nur eine Folge der Gravidität. Mithin ist die Entfernung der Cyste ohne Belang auf das unstillbare Erbrechen. In schweren Fällen ist der künstliche Abort nicht zu vermeiden und muß vor der Entfernung der Cyste vorgenommen werden. Die Cyste selbst ist vaginal zu entfernen. — (Obstétrique Nr. 1, 1902.)

Königstein.

Peroneuslähmung nach der Geburt. Von J. Donath.

Vf. berichtet über eine rechtseitige Lähmung des Nervus peroneus bei einer 30jährigen Primipar., die auf einen 4 $\frac{1}{2}$ Tage dauernden Druck bei der Geburt zurückzuführen ist. Die Geburt mußte mittels Zange beendet werden. Eine gleichzeitig entstandene Vesicovaginalfistel heilte per primam. Gegen die Lähmung wurde mittels Galvanisation vorgegangen und ebenfalls vollkommene Heilung erzielt. — (Orvosi hetilap Nr. 48, 1902.)

Königstein.

Laryngologie und Rhinologie.

Die Sondierung des Ductus nasolacrimalis von der Nase aus.

Von Dr. Ludwig Polyák.

Der hartnäckige Widerstand, den gewisse Fälle von Dakryocystoblennorrhöe der gebräuchlichen augenärztlichen Behandlung leisten, ist bekannt. Abgesehen davon, daß diese Fälle zumeist nasalen Erkrankungen ihren Ursprung verdanken, scheint auch die Lokalisation der im Verlauf der Krankheit entstehenden Strikturen des Ductus nasolacrimalis von Wichtigkeit zu sein. Diese Strikturen sitzen mit Vorliebe in der unteren, membranösen Hälfte des Ductus gegen die nasale Mündung zu; selbst die dickste Bowman'sche Sonde, die von oben eingeführt werden kann, ist für

den unteren Teil des Kanals zu dünn, kann ihn höchstens wieder passierbar machen, aber die Divertikelbildung und Sekretstauung nicht verhindern. Daher ist der Gedanke der „retrograden“ Dilatation von der Nase her sehr naheliegend, und wurden schon seit 1730 oft Versuche nach dieser Richtung gemacht und verschiedene Methoden erdacht, die alle bald wieder verlassen wurden. Die Vervollkommnung der Rhinoskopie (und die Lokalanästhesie. Ref.) erleichtern aber jetzt die Sache ungemein, da man leicht die untere Muschel in der nötigen Ausdehnung resezierieren kann, was aber bei Atrophie derselben meist überflüssig ist.

P. hat die Versuche methodisch aufgenommen und Garnituren von Sonden und Spülröhren konstruiert, die im allgemeinen einen 13—18 mm langen aufsteigenden Teil haben, der in einem Winkel von 80° gegen den Schaft abgelenkt ist und dessen Dicke in sieben Stärken von 1,5—4 mm steigt. Manchmal kann man in der ersten Sitzung schon drei bis vier Nummern hintereinander einführen. Bei hochsitzenden Stenosen ist das Verfahren natürlich nutzlos, bei Kindern wohl technisch unausführbar. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 12, 1902.) Weil.

Larynx tuberkulose und Gravidität. Von Dr. Arthur Kuttner.

Untersuchungen über den Einfluß, den die Schwangerschaft auf die Lungentuberkulose ausübt, sind in den letzten Jahren mehrfach und mit großer Gründlichkeit angestellt worden; die wichtige Frage über die Beziehungen zwischen Gravidität und Kehlkopftuberkulose wurde aber bisher arg vernachlässigt. K. hat aus der Literatur, aus eigener Erfahrung und Nachfrage etwa 25 einschlägige Fälle gesammelt und macht den Versuch, aus diesen prinzipiell gültige Verhaltensmaßregeln bezüglich der Frage des artifiziellen Abortus, respektive der künstlichen Frühgeburt bei Tuberkulosis laryngis abzuleiten. Dies scheint ihm umso wichtiger, als in einem schweren Falle, wo er die Unterbrechung der Schwangerschaft für nötig hielt, der zu Rate gezogene Gynäkologe es ablehnte, dieselbe einzuleiten, weil ihm diese Indikation nicht bekannt war. Sicherlich hat dieser Umstand schon manches Opfer an Müttern gekostet, und das fällt umso schwerer ins Gewicht, als ja die Kinder tuberkulöser Mütter bekanntlich meist minderwertig sind gegenüber den Kindern gesunder Eltern.

K a m i n e r kam zu der Schlußfolgerung, daß der Arzt zwar nicht verpflichtet, wohl aber berechtigt ist, bei jeder Phthisikerin, bei der das bis dahin günstige Allgemeinbefinden durch die

Schwangerschaft verschlechtert wird, den künstlichen Abort einzuleiten, so lange noch die Hoffnung besteht, durch Unterbrechung der Schwangerschaft einen Stillstand der Erkrankung herbeizuführen. K. stellt bezüglich der Larynxtuberkulose denselben Grundsatz auf; denn in 15 genau beobachteten Fällen kam nicht eine einzige Schwangerschaft bis zum normalen Ende (die Frühgeburten erfolgten zwischen dem siebenten und neunten Monate), acht Kinder sind bald nach der Geburt gestorben, von vier Kindern, die bei der Geburt recht schwächlich waren, fehlen weitere Nachrichten und nur drei waren nachweislich noch am Leben; die 15 Mütter sind aber ausnahmslos nach kurzer Zeit gestorben, längstens zwei Monate nach der Entbindung. Besonders bemerkenswert sind zwei Kranke, von welchen eine an leichter Spitzenaffektion, die andere an ausgedehnter Kehlkopftuberkulose mit minimaler Beteiligung der Lungen erkrankt gewesen; beide waren ausgeheilt worden und drei bis vier Jahre lang gesund geblieben, nach eingetretener Gravidität aber neuerlich an Lungen- und Kehlkopftuberkulose erkrankt, welcher beide erlagen. So schwierig auch im einzelnen Falle die Vorhersage sein mag, ob die Mutter ohne künstlichen Abortus verloren oder durch denselben auch nicht mehr zu retten ist, und ob nicht anderseits das Kind sich doch zu einem gesunden Individuum entwickeln könnte, solche Fälle, wie die letzterwähnten, geben zweifellos, wenn auch nicht die Nötigung, doch sicher die Berechtigung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 12, 1902.)

Weil.

Zur Kenntnis der „fleckweisen Kehlkopfentzündung“ und „isolierten fleckweisen Taschenlippenerkrankung“. Von Dr. Eduard Richter.

Eine eigentümliche Stimmbandentzündung, bei der zur Zeit herrschender Influenza unter Fieber sich auf den stark geschwellenen und geröteten Stimmbändern schmutzigweiße, zwei bis drei Wochen persistierende Flecken bilden, wurde zuerst von B. Fränkel 1890 beschrieben. Später hat Glatzel einen Fall von „Influenzalaryngitis“ mit Lokalisation auf den Taschenbändern publiziert, bei dem aus dem Sputum Influenzabazillen gezüchtet wurden. R. berichtet über vier ähnliche Fälle mit stechenden Schmerzen im Larynx, die gegen die Ohren ausstrahlten, wo auf den Taschenbändern (nur einmal auch auf den Stimmbändern und im oberen Teile der Trachea) weiße bis gelbliche Tupfen und Flecken auf-

traten, die später vielfach konfluieren und sich nach einigen Tagen, einmal unter reichlicher Blutung, abstießen. R. schlägt für diese eigenartige Affektion den Namen *Laryngitis maculosa* vor, zumal ihr Ursprung aus nur einer einzigen Bakterienart, dem Influenzabazillus, vorläufig noch nicht genügend sichergestellt ist. — (Monatssch. f. Ohrenheilk. Nr. 2, 1902.) Weil.

Zur Kenntnis des angeborenen Kehlkopfdiaphragmas. Von Dr. P. Fraenckel.

Die angeborene Mißbildung des Kehlkopfes, die man kongenitales Kehlkopfdiaphragma nennt, wird überaus selten beobachtet; es sind im ganzen etwa 20 Fälle publiziert. Die Membran nimmt fast stets ihren Ausgang von der vorderen Kommissur der Stimmbänder, erstreckt sich längs des unteren freien Randes derselben in symmetrischer Weise mehr weniger weit nach hinten und endigt dort mit einem halbmondförmigen freien Rande. Sie ist von Schleimhaut überzogen, an deren Oberfläche manchmal Gefäße durchschimmern, besteht aus derbem, resistentem Gewebe und verdickt sich von ihrem hinteren Rande aus nach vorne zu immer mehr; an der vorderen Wand des Kehlkopfes kann sie sich bis zu 15 mm unter die Stimmbänder erstrecken. Sehr selten sind die Fälle, in denen die Membran im hinteren Abschnitte der Glottis sitzt.

Die Beschwerden bestehen meistens in angeborener Heiserkeit, gelegentlich, wenn die Membran eine große Ausdehnung hat, auch in Atemnot. F. berichtet über zwei solche Fälle, von denen einer mit kongenitaler Ptosis kombiniert war und hebt als besonders interessant einen Bericht von Seifert hervor, der diese Anomalie bei einem Vater und dessen drei Töchtern beobachtete; die Anlage ist also wahrscheinlich ererbt. Zur Zeit, da Luft- und Speiseröhre im Embryo sich trennen, besteht eine epitheliale Verklebung der beiden Arytänoidwülste, die sich später löst; wenn aber diese Verklebung sich unvollkommen lockert und teilweise persistent bleibt, kommt es eben zur Diaphragmabildung. Dadurch erklärt sich auch die wechselnde, zum Teile recht große Dicke der Membranen und der fast ausschließlich vordere Sitz derselben, weil der vordere Teil der Stimmbänder die geringsten Exkursionen macht. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51, 1902.) Weil.

Blutegel in Luftröhre und Mund. Von Dr. Garbini. **Zum Vorkommen von Blutegeln im Halse.** Von Dr. D'Aguzzo.

In Italien kommt es nicht allzuseiten vor, daß Blutegel beim Wassertrinken in die oberen Luftwege geraten; die meisten Fälle

stammen aus Sizilien. G. berichtet über zwei solche. Der erste Patient war sehr anämisch, hatte fortwährend Bluthusten und wurde dem Vf. wegen Verdachtes auf Tuberkulose zugeschickt; erst die Spiegeluntersuchung ergab die Anwesenheit eines Blutegels im Larynx, der bald darhaech ausgehustet wurde. Der zweite Fall zeigte ähnliche Symptome und es fand sich auf der Unterfläche der Zunge ein nur $\frac{1}{2}$ em langer Blutegel, der sich mit einer Pinzette leicht entfernen ließ. D'A. führt fünf ähnliche Fälle an, alle Landbewohner mit Blutsucken; zweimal wurde der Blutegel im Nasenrachenraum und dreimal im Larynx gefunden. Beide Autoren geben an, daß die Landleute in Sizilien im Sommer bei Trinkwassermangel häufig aus Teichen und Pfützen trinken, und G. hebt hervor, daß sie dabei Trinkgefäße aus gebranntem Ton benützen, in welchen man die Verunreinigungen des Wassers nicht sehen kann. — (Bollet. d. malattie dell'orecchio etc., Nr. 8, 10, 1902; Semons internat. Zentralbl. f. Lar. Nr. 3, 1903.) Weil.

Involution eines Rhinolaryngoskleroms durch Erysipel der Gesichtshaut und eines Sarkoms des Rachens durch Streptokokken- und Staphylokokkeninfektion. Von Dr. Friedrich Hanszel.

Die Heilwirkung des Erysipels bei malignen Neoplasmen ist seit lange bekannt. H. berichtet über eine 48jährige Bäuerin, bei der Rhinosklerominfiltrate im Nasenrachenraum nach einem Rotlauf schwanden (im Larynx schritt der Prozeß später wieder fort), und über ein vierjähriges Mädchen mit Rundzellensarkom des Nasenrachenraumes, das nach einer fieberhaften, als Angina phlegmonosa imponierenden Erkrankung vollständig verschwand, aber nach vier Wochen rezidierte und bald zum Exitus führte. H. hebt den vorübergehenden Charakter der Besserung hervor, die er nur auf die Höhe des Fiebers zurückführt, und warnt vor der vielfach vorgeschlagenen therapeutischen Erysipelinfektion. — (Monatssch. f. Ohrenheilk. Nr. 7, 1902.) Weil.

Anästhesin, ein neues Lokalanästhetikum vom Gesichtspunkte der Heilwirkung der Anaesthetica. Von Dr. Gustav Spiess.

Dr. Ritsert hat im Paraamidobenzoensäureäthylester ein neues Lokalanästhetikum entdeckt, das von den Höchster Farbwerken unter dem Namen Anästhesin in den Handel gebracht wird. Es ist ein weißes, geruch- und fast geschmackloses Pulver, welches auf den Schleimhäuten ein leichtes, rasch vorübergehendes Brennen erzeugt, in Aether, Alkohol, Benzol, Aceton, fetten und ätherischen Oelen leicht löslich, in heißem Wasser schwer, in kaltem fast gar

nicht zu lösen. Innerlich ist es selbst in größeren Dosen — bis 2·0 g — gänzlich ungiftig. Es verhält sich also ungefähr wie Orthoform und wirkt ebenso wie dieses in ganz anderer Art als das leicht lösliche Kokaïn. S. erörtert nun den Unterschied in der Wirkungsweise beider Arten von Anaesthetieis. Das Anästhesin wirkt auch auf die *u n v e r s e h r t e* Schleimhaut ziemlich kräftig, aber nur auf die oberflächlichsten Schichten derselben; bei Gewebsläsionen aber, auch nur bei Lockerung der Schleimhaut, z. B. bei einfachen Katarrhen, geht die Wirkung tiefer, ohne aber jemals den hohen Grad der Kokaïnanästhesie zu erreichen.

S. bespricht nun neuerdings seine Beobachtungen in Betreff des direkten Zusammenhanges zwischen Anästhesie und Heilwirkung. Er stellt sich vor, daß die bei einer Gewebsverletzung geschädigten Nerven reflektorisch die Vasomotoren erregen, wodurch Hyperämie, Schwellung, Entzündung und Begünstigung der Infektion zustande kommt.

In einem Falle beobachtete S. ein sehr hartnäckiges Anästhesin-Ekzem.

Zur Einspritzung in operativ eröffnete Nebenhöhlen verwendet er Anaesthesini, Gummi arab. aa 5·0, Aq. destill. 20·0; bei Keuchhusten und frischem Schnupfen läßt er es in Pulverform in den Kehlkopf, respektive Nasenrachenraum einblasen, wie früher das Orthoform. Besonders empfiehlt er es zum Einblasen auf die Wunden nach Operationen an den Gaumenmandeln, der Rachen- und ganz besonders der Zungenmandel, wo die Dysphagie oft lange dauert und sehr qualvoll ist, ebenso nach Kehlkopfoperationen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 39, 1902.) Weil.

Ohrenheilkunde.

Ueber die Beeinflußung gewisser subjektiver Ohrrerscheinungen durch Behandlung der Genitalsphäre der Nase. Von Haug.

Vf. berichtet ausführlich über vier und erwähnt weitere acht Fälle von weiblichen Patienten, bei welchen subjektive Geräusche und Schmerzen teils allein, teils kombiniert als *hervorragende* Symptome vorhanden waren, ohne daß eine direkte Ursache für diese Erscheinungen seitens des Gehörorganes konstatiert werden konnte und bei welchen die sonst geübte Therapie (Einreibungen, Derivantien, Brom, Chinin, Phenacetin, Migränin, Massage, Elek-

trisation) ohne Erfolg blieben. Erst mit Einsetzen der Behandlung der nasalen Reflexregionen (F l i e ß) durch Pinselung der unteren Nasenmuscheln mit 20%igem Kokaïn und nachheriger Aetzung mit Trichloressigsäure oder Elektrolyse trat eine Aenderung zum Besseren ein. Ein Zusammenhang wird umso eher angenommen werden können, „wenn sich die betreffenden lokalen Partien des Nasenabschnittes in mehr weniger charakteristischer Weise verändert zeigen und wenn noch ein zeitliches Zusammentreffen zwischen der Akme der subjektiven Erscheinungen und den Menses vorliegt. Zudem ist es aber nötig, daß alle anderen; möglicherweise die gleichen Erscheinungen veranlassenden Allgemeinerkrankungen durch die einschlägige Therapie möglichst ausgeschaltet werden können.“

Von üblen Folgen sah II. einmal eine Suppressio mensium auf vier Monate mit unangenehmen Begleiterscheinungen. „Auch behaupten einzelne Patienten, daß jetzt wohl die früheren lokalen Erscheinungen gemindert seien, dafür aber andere, früher nicht vorhanden gewesene neuralgische Erscheinungen in ganz verschiedenen Körperregionen sich bemerkbar gemacht hätten. Allerdings waren dies weibliche Wesen von höchster nervöser Disposition.“

Bei drei männlichen Patienten, die ungefähr analoge Erscheinungen aufwiesen, fiel nur in e i n e m Falle der Erfolg positiv aus, und zwar bei einem außerordentlich anämischen neurasthenischen jungen Manne. — (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1903.)

Die Lokalanästhesie bei Eingriffen am Gehörorgan. Von Hugo Frey.

Man kann sagen, „daß es derzeit noch keine Methode gibt, welche in jedem Falle vollständig die Schmerzlosigkeit eines Eingriffes im Gehörgang, am Trommelfell oder in der Trommelhöhle verbürgt“.

F. erwähnt die Anwendung von 10—20%igen gewärmten Kokaïnlösungen behufs lokaler Anästhesierung bei der Paracentese des Trommelfells, bei der Operation von chronischen Adhäsionsprozessen, doch kann man von einem wirklich anästhesierenden Einflusse des Kokaïns auf die unversehrte Epidermis des Gehörganges, bezw. des Trommelfells nicht sprechen. Auch die Ersatzmittel (Akoin 1:50, Nirvanin, Eukain [5—8%], Holokain [1%ige wässrige Lösung, 2—3 Applikationen in Intervallen von je 3 Minuten]) leisten nicht das Erwartete. B o n a i n empfiehlt folgende Mischung: Acid. carbol. crystall. 2·0, C'ocaïn. hydrochl., Methol

aa 0·5. Diese sirupöse Flüssigkeit, mit einem kleinen Wattetampon tropfenweise auf das Trommelfell aufgetragen, erzeugt infolge Aetzwirkung der Karbolsäure eine weiße Verfärbung, worauf sich nach einigen Minuten die Paracentese schmerzlos vollziehen lassen soll. Nach F. ist die Applikation dieser Mischung nicht schmerzlos, es sei auch der hohe Gehalt an Karbol sicher nicht gleichgültig, denn es sei möglich, daß eine direkte Anätzung des Trommelfells zu unerwünschten Flächen- und Tiefeneiterungen führen könne. Auch die von H a u g empfohlene Mischung (Kokaïn 1·0—3·0, Aq. destill., Glyzerin aa 10·0, Sterilis. adde Alcohol 10·0) war in ihrer Wirksamkeit nicht verläßlich. Dasselbe gilt von den Lösungen, die G r a y empfiehlt (Kokaïn 5·00, Ol. anilini, Spirit. vin. dilut. aa 15·0). Nach 3—5 Minuten trat vollständige Unempfindlichkeit des Trommelfells ein und ebenso verschwand der Reflexhusten bei Berührung des Gehörganges. Doch können dabei Anilinintoxikationen auftreten (plötzliches Blauwerden der Lippen 1—2 Stunden nach der Operation). Es wird auch empfohlen, Kokaïnlösungen von der Tuba aus zu injizieren.

Die Wirkung des Chloräthyl als Anästhetikum im Gehörgange und Trommelfell wird skeptisch beurteilt, die Anwendung ist ein wenig schmerzhaft, und es ist die Frage, ob man nicht bei der Erfrierung des Trommelfells eine nachträgliche Nekrose befürchten muß.

Bei Eingriffen in der Trommellöhle (Abtragung von Polypen, Curettement, Extraktion der Gehörknöchelchen) haben sich Kokaïnlösungen und die G r a y'schen Präparate (gleiche Quantitäten einer 20%igen alkoholischen Kokaïnlösung und einer 15- bis 20%igen Lösung von Eukaïn in Anilinöl, unmittelbar vor dem Gebrauche mit einander zu vermengen und mit einem Wattetampon aufzutragen) gut bewährt, ebenso die Auftragung kleinerer Mengen reinen pulverisierten Kokaïns auf die zu entfernende Partie. F. hat empfohlen, zur Entfernung größerer Granulationen und Polypen eine 1—3%ige Lösung von Kokaïn mittels einer dazu geeigneten P r a v a z'schen Spritze mit gebogenem Ansatz in die Substanz der Granulationen oder Polypen zu injizieren. Die Erfolge waren äußerst zufriedenstellende, die Anästhesie ist eine vollkommene.

Eine 5%ige Lösung von Tropokokaïn, gelöst in 0·6%iger Kochsalzlösung, kann mit Erfolg benützt werden.

Adrenalin (1:5000), mit Kokaïnlösung (1:10) gemischt, wird

bei der Abtragung von Polypen sehr empfohlen; es ist besser, zuerst Kokaïn zu applizieren, dann die Adrenalinlösung anzuwenden.

G o m p e r z hat S c h l e i c h'sche Infiltrationsanästhesie zum Zwecke der Hammerextraktion mit gutem Erfolge versucht. Für Eingriffe an der Ohrmuschel und Umgebung (Mißbildungen, Atherome, Neoplasmen, Lupus, plastische Operationen zur Deckung retroaurikulärer Oeffnungen) hat sich die S c h l e i c h'sche Infiltrationsmethode sehr bewährt.

Trepanationen des Warzenfortsatzes (der schmerzhafteste Akt dieser Operation liegt nicht in der Aufmeißelung und Ausräumung des Knochens, sondern in der Inzision der Weichteile, insbesondere Abpräparierung des Periostes) wurden wiederholt unter Lokalanästhesie ausgeführt (Chloräthylspray, Kokaïninjektion, S c h l e i c h'sche Lokalanästhesie). „Trotz der recht günstigen Erfolge wird man, da in einzelnen Fällen doch nicht volle Schmerzlosigkeit zu erzielen war, auf die Lokalanästhesie nur in jenen Fällen rekurriren, in denen gewichtige Verhältnisse die Inhalationsnarkose ausschließen.“

Für die Durchführung der Radikaloperationen scheint die S c h l e i c h'sche Infiltrationsmethode (A l e x a n d e r) nicht genügend. — (Sammelref. Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk., I. 6.)

Ein zweckmäßiger Apparat zur Anwendung der Luftdouche bei Ohrenkranken. Von Lucae.

Vf. benützt die flüssige Kohlensäure, wie sie in den sogenannten Bomben geliefert wird, bei einem Druck von 0·4—0·5 Atmosphären zur Lufteintreibung durch den Katheter in das Mittelohr. L. selbst sagt über die Erfolge (Sitzung der otologischen Gesellschaft in Berlin): „Ich kann nur mitteilen, daß die Kohlensäure nach meiner Erfahrung von ungefähr neun Monaten irgend etwas Besonderes nicht leistet.“ Es ließ sich nach der Kohlensäureeinwirkung eine etwas stärkere Rötung der Paukenschleimhaut als nach der gewöhnlichen Luftdouche konstatieren.

L. will zwar niemals einen Schaden für die Patienten oder für das Ohr beobachtet haben, erwähnt aber einen Fall, in welchem „bei einem bleichsüchtigen Mädchen, welches in dem Augenblicke, wo ich den Hahn aufdrehte, tief Atem holte, so daß eine Portion der Kohlensäure in die Lunge kam, ein Schwindelanfall eintrat. Die Patientin blieb momentan bewußtlos, erholte sich aber gleich wieder“. — (Deutsche med. Wochenschr. 1903.)

Augenheilkunde.

Noch einige Worte über den Wert des *Argentum aceticum* in der Prophylaxe der *Ophthalmoblennorrhoea neonatorum*. Von Elemer Scipiades.

In seiner früheren Publikation hat der Autor hervorgehoben, daß er nur jene Fälle als wirkliche Ophthalmoblennorrhoea auf faßt, in welchen der Gonococcus der Infektionsträger ist, alle anderen mit Sekretion verbundenen Augenaffektionen aber als einfache, katarrhalische oder suppurative Konjunktividen betrachtet; bei Vorhandensein von Gonokokken in der Scheide der Mutter übergehen diese während der Geburt jedenfalls auf die im gesteigerten Maße empfindliche Konjunktiva der Frucht. Die Möglichkeit einer gonorrhöischen Infektion des kindlichen Auges ist in jeder Schichte der menschlichen Gesellschaft vielfach gegeben; da wir nun die Möglichkeit einer Infektion nie mit absoluter Sicherheit ausschließen können, ist es ratsam, dem Ausbruche der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum in jedem Falle vorzubeugen. Weniger von Bedeutung ist die außer dem Auge angewandte Antisepsis und Asepsis, das Wichtigste in prophylaktischer Hinsicht ist die Desinfektion des Auges. Vor Credé betrug die Morbidität 9—50%, jetzt bei Credé 0:30—0:40%. Wegen der Nachteile, die das Argent. nitr. neben seiner unleugbaren großen Vorteile hat, stellte der Autor Versuche mit einem anderen Silbersalze an, und zwar mit dem von Zweifel empfohlenen 1%igen *Argentum aceticum*. Die Technik des Verfahrens ist folgende:

Nach der Geburt werden die Augenlider und die orbitale Gegend des Kindes mit trockener Watte gereinigt, die Augenspalte geöffnet, bis die Cornea sichtbar wird, und nun wird in die Mitte der Cornea ein Tropfen von 1%iger Argent. aceticum-Lösung eingetropfet. Darauf wird die Augenspalte geschlossen, damit die Flüssigkeit in jeden Teil des Konjunktivalsackes gelangen könne. Hierauf wird ein in physiologischer NaCl-Lösung getränkter Wattabauschen in die nun geöffnete Augenspalte gedrückt und die ganze Augengegend damit gereinigt. Auf Grund seiner an 475 Neugeborenen angestellten Versuche gelangt der Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Die 1%ige Argent. aceticum-Lösung ist zur Verhütung der Ophthalmoblennorrhoea ebenso geeignet wie die 2%ige Argent. nitricum-Lösung von Credé. Da sie bei Zimmertemperatur nie in

stärkerer als 1%iger Lösung hergestellt werden kann, kann die Lösung in Laienhänden nie gefährlich werden.

2. Die 1%ige Argent. aceticum-Lösung verringert beträchtlich die Zahl der Reaktionen, wenn der Installation keine NaCl-Paralysation nachfolgt.

Die durch die 1%ige Argent. aceticum-Lösung verursachte Reaktion erreicht nie eine solche Intensität, daß man sie schon im ersten Augenblicke von einer Ophthalmoblennorrhoea nicht unterscheiden könnte, so daß also eine nachteilige Verwechslung unmöglich wird.

Auf Grund dieser Beobachtungen wird vom Autor zur Prophylaxe gegen die Ophthalmoblennorrhoea neonatorum die 1%ige Argent. aceticum-Lösung ohne Paralysation mittels Kochsalzlösung benützt. — (Samml. klin. Vortr. von Richard Volkmann, Nr. 345 ex 1902.)

Dr. J ä n n e r.

Trachom und Cuprocitrol. Von Dr. Emil Bock.

Der Autor berichtet über seine in der Zeit vom Februar bis Dezember 1902 an 58 Trachomkranken verschiedenster Art mit dem von v. Arlt in die Ophthalmotherapie eingeführten Cuprocitrol (vgl. Ref. im Juli-Heft 1902 des Zentrabl. f. d. ges. Therapie) gemachten therapeutischen Versuche und Erfolge und gelangt zu folgenden Schlußsätzen:

Das Cuprocitrol ist eine wertvolle Bereicherung des augenärztlichen Arzneischatzes, denn es leistet in frischen Fällen meist dasselbe wie die bisher geübte Behandlung mit Höllensteinlösung oder Blaustein. In vorgeschrittenen Fällen mit beginnender Narbenbildung in der Bindehaut, besonders aber bei gleichzeitigem Pannus, übertrifft das Cuprocitrol jedes andere bisher geübte Verfahren betreffs Raschheit und Nachhaltigkeit der Wirkung. Die Anwendung des Cuprocitrols ist nicht schmerzhaft, sie reizt nicht, das Mittel bildet keinen Aetzschorf und kann angewendet werden, ohne den Kranken in seinem Berufe zu stören. Auch jene Augen, welche durch Cuprocitrol gereizt werden, es also nicht vertragen, erleiden durch die Reizung keinen Schaden.

Alle diese Eigenschaften, sowie die Form des Mittels lassen es in hervorragendem Grade geeignet erscheinen, den Kranken die Behandlung an sich selbst machen zu lassen, so daß dieser den Arzt nur allwöchentlich zur Nachschau aufzusuchen hat. Die Behandlung mit Cuprocitrol hat aus diesem Grunde auch eine große volkswirtschaftliche Bedeutung, insbesondere für entlegene Gegenden.

in denen regelmäßige ärztliche Behandlung unmöglich ist. — (Wolffberg, Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, Nr. 20 und 21 ex 1903.)

Dr. J ä n n e r.

Ueber den Wert der Credé'schen Silbertherapie für die Behandlung von Augenkrankheiten. Von Marine-Oberstabsarzt Dr. Paul Meyer.

Im Jahre 1895 hat Credé seine beiden neuen Silbersalze, das Itrol und Aktol, und bald darauf das Kollargol in die Therapie eingeführt. Das Itrol (*Argentum citricum*) eignet sich als schwer lösliches Salz (1:3800) zum Bestreuen von Wunden jeder Art und ist durch eine energische, dem Organismus unschädliche, bakterientötende Wirkung ausgezeichnet. Das Aktol (*Argentum lacticum*) ist wegen seiner leichten Löslichkeit (1:15) zum Bereiten von Wundwässern (1:500—2000) geeignet, wobei es den sonst gebräuchlichen antiseptischen Lösungen durch seine vollständige Ungiftigkeit bei gleicher Zuverlässigkeit überlegen ist. Das Kollargol (*Argentum colloïdale Credé*) ist leicht löslich (1:25), ungiftig, in hohem Grade bakterientötend, wird wegen der Eiweißverbindung im Magen durch Salz- oder Milchsäure nicht ausgefällt, kann also innerlich als Antiseptikum in den Kreislauf aufgesogen werden in einer 2%igen Lösung zu 2—10 g, bezw. in 5%iger Lösung zu 1 g intravenös einverleibt werden, wobei das Silber im Blut und später in der Gewebsflüssigkeit gelöst bleibt und überall hin geschwemmt wird, so daß es in den verschiedensten Organen chemisch nachgewiesen werden kann. Es dient zur Desinfizierung des Organismus von innen heraus. Ähnlich wirkt eine Schmierkur mit dem aus Kollargol hergestellten Unguentum Credé.

Was die Credé'sche Silbertherapie besonders auszeichnet, ist die Einfachheit und Gefahrlosigkeit ihrer Anwendung und die Zuverlässigkeit ihrer Wirkung in den Grenzen des Erreichbaren.

Für die Augenpraxis liegt der Hauptwert der Credé'schen Silbertherapie in der lokal und allgemein gefahrlosen Wirkung, welche unter Beobachtung der bisher üblichen Vorsichtsmaßregeln sicherer als zuvor die Herstellung eines aseptischen Operationsfeldes am Auge gestattet und unter dauernder Entfaltung ihrer antiseptischen Kraft ungemein entzündungswidrig ist. Ausgezeichnete Erfolge hat nun der Autor mit der Credé'schen Silbertherapie erzielt bei: Verletzungen der Lider, der Bindehaut und der Orbita, und zwar wurde in die verletzten Gewebe durch Ballondruck Itrol hineingepreßt und zu Verbandszwecken eine eiweißhaltige Kollar-

gollösung (1:1000) angewendet. Weder Itrol noch Kollargol rufen bei Berührung mit der Hornhaut Trübungen derselben hervor. Auch bei Fremdkörperverletzungen der Kornea und Sklera mit mehr oder weniger stark vorgeschrittenen sekundären Reizerscheinungen, auch penetrierenden Verletzungen, trat bei Itrolbehandlung und Kollargolverband reizlose dauernde Heilung ein. Itrol in Verbindung mit Kollargollösung wurde ferner bei Operationen an den Lidern, den Thränenorganen und bei Schieloperationen mit ausgezeichnetem Erfolge verwendet. Geradezu Hervorragendes wurde mit dieser Silbertherapie bei blennorrhöischen Zuständen Erwachsener und Kinder erzielt; ganz besonders leistungsfähig hat sich Itrol bei der Trachombehandlung gezeigt. Hornhautgeschwüre, Descemetitis mit Hypopyonbildung werden unter Itroleinstäubung und allgemeiner Silbereinverleibung sehr günstig beeinflußt, ebenso wurde die Silbertherapie mit sehr gutem Erfolge bei einigen parenchymatösen Hornhautentzündungen, bei primären Iritiden und Cyklitiden auf nicht syphilitischer Basis angewendet. Ausgenommen von der Silbertherapie sind tuberkulöse Erkrankungen des Auges. — (Hirschbergers Zentralbl. f. prakt. Augenheilk., Febr. 1903.)

Dr. J ä n n e r.

Der matologie.

Ueber Nagelkrankheiten. Von Dr. Max Josef. **Ein neuer Nagelpilz.** Von Dr. Dreuw. **Pityriasis versicolor der Nägel.** Von Prof. Campana.

Von selteneren Nagelerkrankungen, welche J. im ärztlichen Fortbildungskurse (Berlin 1902) demonstrierte, ist zunächst ein Fall von *Onychonekrosis* von besonderem Interesse. Betroffen war ein 50 Jahre alter Kollege, bei dem sich plötzlich eine Braunfärbung, späterhin Schwärzung und Abfall aller Nägel entwickelte. Die Nägel selbst wurden etwa viermal dicker als normal. Später wuchsen die Nägel wieder nach, einige zeigten kleine, schwarze, in der Längsrichtung des Nagels verlaufende minimale Streifen und andere wieder kleine Tüpfelungen. Nach J.s Ansicht lag in diesem Falle ein in vasomotorischen und trophischen Störungen sich äußernder Symptomenkomplex vor, welcher der Raynaud'schen Erkrankung entspricht, bei dem es sich allerdings nicht wie sonst um *Digitus mortuus*, sondern nur um *Unguis mortuus* gehandelt hat. Neuralgische Schmerzen, rasche Entwicklung, Ge-

mütsbewegung, schwache Herztätigkeit dienen als unterstützende Momente der Annahme.

Weiters wird die Aufmerksamkeit auf die *Verrucae perionycheales* als auf Veränderungen hingelenkt, die nur sporadisch zur Wahrnehmung gelangen. Diese den Nägelsaum oft wallartig umsäumenden, aus der warzigen Wucherung des Falzes hervorgegangenen Bildungen können wir nicht als solche Raritäten betrachten, als sie von J. hingestellt werden. Von den gewöhnlicheren Nagelprozessen erfahren die Psoriasis, das Ekzem, sowie die Onychomykosen an der Hand geeigneter Beispiele eine instructive Würdigung. Prophylaktisch werden gegen die Nagelpsoriasis Jodipininjektionen empfohlen, gegen das Ekzem erweichende Pflaster und Teerpinselungen. (Liquor carbonis deterg. angl. 10·0, Zinc. oxyd. Amyl. aa 20·0; Glyzerin 30·0, Aeq. dest. ad 100·0.) Des weiteren wird die *Onychia sicca syphilitica*, sowie die subunguale Exostose vorgeführt. Das seltene Krankheitsbild der *Leukonychia totalis* konnte J. bei einem an Prurigo ferox leidenden Manne verfolgen. Alle Fingernägel haben eine schneeweiße Farbe. Für diese Form gleichwie für die gewöhnlichere *Leukonychia punctata und striata* möchte J. den abnormen Luftgehalt der Nagelsubstanz als Ursache annehmen. Das neuerdings öfter behauptete Zusammentreffen einer *Leukonychia* mit *Alopecia areata* hat Vf. bisher nicht verfolgen können, wohl aber die Kombination des umschriebenen Haarschwundes mit Stichelung der Nagelsubstanz. Ein Uebertünchen des Zustands gelingt durch Polieren mit Stanii oxydat. 10·0, Carmini 0·1.

Von der Form der *Koilonychia*, bei welcher die Nägel eine abnorme Höhlung aufweisen und ihre Konkavität nach oben, die Konvexität nach dem Nagelbette zeigen, hat J. bei einem 17jährigen Mädchen eine Art gesehen, welche mit subungualer Hyperkeratose einherging. Die subunguale Verhornung scheint indes keine konstante Begleiterscheinung des Uebels darzustellen, da dieselbe ebenso häufig nur mangelhaft angedeutet erscheint und auch gänzlich zu missen ist. (Olmann-Dumesnil 1902.) Einwicklungen mit Teer-Paraplast haben sich J. als unwirksam erwiesen. — (Berl. Klinik, H. 173, Nov. 1902.)

Dreuw sah bei einem Patienten, der Flaschen aus verfaulten Strohhiilsen zu entfernen hatte und hiebei das anklebende

Stroh mit den Fingernägeln abkratzte, eine Nagelerkrankung entstehen, die allmählich von den Fingernägeln auch auf jene der Zehen übergriff. Die völlig schmerzlose Affektion war charakterisiert durch 1—3 mm hohe Abhebung der von schmutzig gefärbten, krümmelig, buchtigen und eckigen Hornmassen unterminierten Nägel. Beim Schneiden der Nägel brachen dieselben infolge hochgradiger Brüchigkeit an manchen Fingern in der Mitte durch. Die noch erhaltenen Nageloberflächen waren opak und undurchsichtig.

Die auf *O n y c h o m y k o s i s* gestellte Diagnose fand im Kulturergebnis ihre Bestätigung, desgleichen in der Analyse von Mikrotomschnitten. Auf den usuellen Nährböden, gleichwie in der Pla ut'schen und Lindner'schen Kammer war konstant ein und dieselbe Hyphomycetenart zu züchten, die sich durch stark ausgeprägten Polymorphismus, Kälte- und Wärmeakklimatisierung, typische Keil-, bzw. Flaschenform der auf Agar gewonnenen Sporen (Ektosporen) auszeichnete. Die auch in Schnittpräparaten nachweisbare Pilzform zeigte einige Ähnlichkeit mit *Trichophyton tonsurans*, ohne indes eine Identifizierung mit dieser Keimart zu rechtfertigen. Die Therapie bestand in zweimal täglicher Einpinselung von Acid. salic., Acid. pyrogall. aa 3·0, Alkoh. 10·0. Darnach stellte sich nach einigen Tagen eine Entzündung des Nagelwalles und des Nagelbettes ein, so daß sich eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blase bildete und der Nagel entweder spontan abfiel oder mit einer Pinzette leicht zu entfernen war. Die Schmerzen wurden durch 5%ige Kokaïnpinselungen momentan gestillt. Die Abheilung erfolgte unter indifferenter Salben-, bzw. Pastenbehandlung. Nach einiger Zeit jedoch war eine Rezidive zu verzeichnen. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. 36, Nr. 7.)

C a m p a n a schildert eine Nagelaffektion, welche in dem Auftreten bräunlicher Flecke am Nagelfalz, an den Nagelkanten, sowie am brüchigen, ausgezackten, freien Nagelsaum besteht, ohne zu tieferen Veränderungen in der Hornsubstanz zu führen. Schabpräparate, sowie Gewebsdurchschnitte zeigen den Hornzellen anhaftende und in die interspinalen Räume vordringende Sporen und Fadengeflechte von *Mikrosporen furfur*. — (Clinica Dermosifilopatica et. R. U. di Roma, Marzo 1903.)

Neuere Vaccine-Studien.

Seitdem Guarnieri im Jahre 1892 den Erregern der Vaccine in Gestalt von Protozoen auf die Spur gekommen zu sein glaubte, hat die Erforschung der Blattern- und Schutzpocken-

ätiologie eine neue Richtung genommen, in deren Verfolgung manch wertvolle, wenn auch nicht endgiltig beweisende Ergebnisse zutage gefördert wurden.

Angeregt durch die Arbeiten v a n d e r L o e f f s (1886) und P f e i f f e r s (1887), welche von einander unabhängig Protozoen im Inhalt der Pockenpusteln beschrieben hatten, glaubte G. dieselben Gebilde in den herdweise auftretenden Veränderungen wiederzufinden, welche den Beginn der Hauterkrankung bei Variola darstellen. Später kam der Bericht, daß es ihm gelungen sei, durch Impfung von Vaccinenlymphe in die Kaninchenhornhaut den Vaccineerreger zu züchten und die Vermehrungsarten dieser intraepithelialen Schmarotzer zu bestimmen. Doch wurde alsbald gleichwie bei anderen Erkrankungsformen die parasitäre Natur der Zelleinschlüsse in Zweifel gezogen (M a s s a r i und F e r r o n i 1893) und die letzteren auf Degenerationsvorgänge zurückgeführt. Nachdem G u a r n i e r i 1894 am XI. internationalen Kongreß in Rom den Parasitismus mit neueren Momenten belegte und R u f f e r und P l i m m e r (1894), J. C l a r k e (1894), wie S i c h e r e r zu ähnlichen Resultaten kamen, war es abermals E. P f e i f f e r, der einen weiteren Schritt unternahm (1895), indem er nachwies, daß bei Verwendung von Lymph, welche durch ein dreifaches Filter gegangen war, die Vaccinekörperchen an der Impfstelle fehlten. 1897 schildert G u a r n i e r i Bewegungsphänomene der Körperchen im hängenden Tropfen, während S a l m o n bei tinktorieller Untersuchung die für Vaccine immerhin charakteristischen Einschlüsse für zugrunde gegangene Leukocyten erklärt und H ü c k e l 1898 ihre Abstammung vom Protoplasma der Epithelzellen nachweist. B o s s a l i n o (1898) bestätigt die Befunde G.s, L o n d o n n e g i e r t die Beweiskraft derselben, G o r i n i schließlich findet (1900) sowohl für die parasitäre, als auch für die Degenerationstheorie Anhaltspunkte.

In einer umfangreichen experimentellen Untersuchungsserie unterzieht nun v. W a s i e l e w s k i die von G u a r n i e r i unter dem Namen *Cytoryctes vaccinia*e beschriebenen Gebilde der Nachprüfung. Das Ergebnis kann in aller Kürze dahin zusammengefaßt werden, daß die Vaccinekörperchen die einzigen charakteristischen Gebilde darstellen, welche bei Variola und Vaccine in Haut und Schleimhaut gefunden werden, in gesunder wie in anderweitig erkrankter Haut aber fehlen; die als Vaccineerreger beschriebenen Bakterien seien Saprophyten und entbehren

jeder ätiologischen Bedeutung, wie die Wirksamkeit bakterienfreier Lymphe beweise. Die Vaccinekörperchen treten in den Hornhautepithelzellen der Kaninchenhornhaut auf.

Die angebliche Abstammung der Körperchen vom Epithelzellkern sei widerlegt durch ihr Auftreten in völlig normalen Zellen, ihre Anwesenheit in mitotisch sich teilenden Formen, sowie durch die Lage der kleinsten Vaccinekörperchen am Rande des Impfherdes, wo sie besonders häufig in der Zellenperipherie, entfernt vom Zellkern, gefunden werden.

Ihre Entstehung aus den Zellprotoplasmen infolge einer spezifischen Giftwirkung der, angeblich wegen zu geringer Größe, unserer Wahrnehmung entzogenen Vaccineerreger läßt sich weder beweisen, noch exakt widerlegen, sei aber aus folgenden Gründen durchaus unwahrscheinlich: weil die Vaccineerreger durch Filter zurückgehalten werden, demnach kein Grund vorliege, ihren Durchmesser als besonders klein anzunehmen, ferner, weil die Vaccineerreger auftreten in mitotisch sich teilenden Zellen mit normaler Protoplasmastrahlung, deren Entstehung gerade aus denjenigen zentralen Cytoplasmateilen abzuleiten ist, welche zuerst von der spezifischen Giftwirkung getroffen werden sollen und das unwirksame Filtrat der Vaccinelymphe keine Giftwirkung auf das Epithel ausübt.

Es wäre noch hervorzuheben, daß die Fortzüchtung dieser Körperchen im Epithel der Kaninchenhornhaut in 46 Generationen gelang und neben denselben an den Impfstellen weder mikroskopisch noch bakteriologisch Mikroorganismen nachzuweisen waren.

Nach alledem möchte W. die Annahme Guarnieris als sehr wahrscheinlich hinstellen. — (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh., Bd. 38, p. 212, 1901.)

Gleichfalls auf eine Protozoenart führt M. Funk den Vaccine- und Variolaerreger zurück. Dieselbe wird als „*Sporidium vaccinale*“ bezeichnet und soll sowohl in der wirksamen Lymphe, als auch in den Variolapusteln zu finden sein. Das *Sporidium vaccinale* erzeuge beim Kalbe die charakteristischen Erscheinungen der Vaccine und verleihe ihm gegen dieselbe dauernde Immunität. — (Zentralbl. f. Bakteriol. Nr. 24, 1901.)

Die Kulturversuche T. Ishigamis (kaiserl. japanische Lymphanstalt zu Osaki) bestätigen nur neuerdings die öfters gemachte Angabe, daß die reiche, in der Lymphe oder den Variolo-

krusten, sowie den geschwollenen Drüsen geimpfter Kälber vorhandene Bakterienflora nicht den spezifischen Erreger enthält. Wohl aber seien in den angeführten Absonderungsprodukten und Geweben, des weiteren in der Eruptionszeit auch im Blute der geimpften Tiere grünlich glänzende, mit Kernen versehene, rundliche oder ovale Körperchen nachzuweisen. Es handle sich um ein Protozoon mit Amöboidbewegung, Vermehrungsphänomenen, das den Sporozoen hinzuzuzählen ist. Dieses Protozoon könne man in einem besonders dazu bereitetem Nährmedium, dessen Hauptbestandteile aus Epithelzellen noch nicht geimpfter Tiere bestehen, künstlich züchten und bei Kälbern mit dieser Kultur den echten Kuhpocken gleichwertige Impfbblasen erzielen.

Die gleiche Form und Eigenschaften des in Variolalymph oder Variolakrusten enthaltenen Parasiten mit demjenigen der Vaccinelymphe oder Vaccinekrusten läßt die Variola und Vaccine als durch denselben Erreger hervorgerufen betrachten.

Der Parasit zeigt ähnliche Eigenschaften als das *Mikrosporidium bombycis*. — (Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. 31, pag. 794, 1902.)

Nebst der Suche nach dem Erreger wird die Pathologie der Vaccination mit dem gleichen Eifer verfolgt. Das Vorkommen einer vielfach bestrittenen *Vaccinageneralisata vera* haben L. Merk und G. Stewart beobachtet. M. sah am fünften Tage nach der Impfung neben den eigentlichen Impfpusteln an der Brusthaut, später am Hoden, an den Augenbrauen unter Anschwellung der regionären Drüsen typische Vaccinopusteln. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26, 1902.)

St., der einen 32jährigen Mann revaccinierte, verzeichnete drei Wochen später bei demselben ein universelles, aus gedellten Pusteln bestehendes Exanthem. Merkwürdig erscheint bei dieser Beobachtung die Angabe, daß der Ausschlag nach sechstägigem Bestande verschwunden sei. — (Brit. med. Journ., Juni 1902.)

Das Vorkommnis der zufälligen Vaccineinfektion Erwachsener von vorher geimpften Kindern aus illustriert der Fall von Spurr (Lancet, März 1902), Infektion der Mutter an der Brustwarze, während Rosmacek (Med. News, Oktob. 1902) den umgekehrten Vorgang sah, Wangeninfektion des Kindes, mit Oedem des Lides und narbiger Ausheilung, von der revaccinierten Mutter her, mit der es in einem Bette schlief. Unter den Komplikationen werden die durch unreine Lymphe, unsaubere In-

strumente und durch den Zutritt pyogener Mikroben hervorgehenden stets präziser von den Folgeerscheinungen getrennt, welche gelegentlich, je nach der individuellen Empfänglichkeit und Beschaffenheit der Gewebe, auch bei der Einimpfung von reiner vaccinen Lymphe in Erscheinung treten.

Auf Verunreinigung der Lymphe, respektive *Vaccinalinfektion* zurückzuführen ist das Auftreten mehrerer Fälle von *Tetanus* im Anschluß an die Kuhpockenimpfung, über welche *MacFarland* in Philadelphia berichtet. (Lancet, Sept. 1902.) Im ganzen hat Vf. für das Jahr 1901 in den Staaten New-Jersey und Pennsylvanien nicht weniger als 45 Fälle gesammelt, dazu kamen noch 1902 fünf Fälle. Die Annahme, daß eine Verunreinigung der Lymphe die Ursache gewesen sein müsse, fand die Bestätigung in dem Umstand, daß ein großer Prozentsatz der erkrankten Impflinge mit einer aus einer bestimmten Quelle stammenden Lymphe geimpft worden war und in einer um die Zeit der Epidemie hergestellten Lymphe, für Versuchstiere pathogene *Tetanusbazillen* (!) in größerer Zahl aufgefunden wurden.

Die gleiche Infektion mit *Tetanus* ist indes nur auf sekundäre, postvaccinale Infektion in einem letalen Falle von *Gradwohl* zu beziehen. — (St. Louis med. Rev., Aug. 1902.) Ein 20 Monate altes Kind erkrankte 18 Tage nach der Vaccination an Tetanus, dem es am folgenden Tage erlag. Aus den Impfwunden waren Tetanusbazillen zu züchten, Inokulation der Zerebrospinalflüssigkeit, sowie eine Emulsion des Rückenmarks auf Mäuse blieb ohne Erfolg. Dieselbe Pockenlymphe war bei anderen Personen ohne Schaden angewendet worden.

Auch *W. Finlay* (Lancet, Febr. 1902) sah eine am Unterschenkel ausgeführte Wiederimpfung bei einer 21jährigen Dame, am zwölften Tage von Tetanus gefolgt, der nach Beseitigung der drohendsten Symptome sechs Wochen anhielt. (Behandlung mit großen Chloraldosen, in 44 Tagen 240 g.) Die Infektion dürfte durch Aufwirbeln von Tetanusbazillen mit dem Straßenstaub durch die getragene Schleppe bedingt worden sein. N.

Weitere Versuche mit Atoxyl. Von Dr. W. Schild.

In einer ersten Mitteilung gelangte S. an der Hand seiner mit *Lassar* gemachten Studien über das *Atoxyl* (Meta-Arsensäure-Anilid) zu dem Schlusse, daß diese Verbindung in Dosen von 0.20 (d. i. eine volle Spritze einer 20%igen Lösung) intramuskulär, in zweitägigen Intervallen injiziert, viele Wochen hindurch

ohne Schädlichkeit vertragen wird, das Mittel daher die Einverleibung eines zehnfach höheren Quantums Arsen gestattet, als die arsenige Säure. Die an 75 Kranken erprobte therapeutische Wirksamkeit hatte sich dahin geäußert, daß Psoriatiker bei kombinierten Kuren (mit topischer Behandlung) einen raschen Rückgang der Erscheinungen darboten, von 14 Lichen ruber-Fällen 13 mit 27 Injektionen (Durchschnittszahl) geheilt wurden, und ein Xanthoma multiplex diabeticum auf 22 Injektionen verschwand.

Für die geringe Giftigkeit des Atoxyls nahmen Vf. an, daß sich das in demselben enthaltene Arsen im Körper nur langsam abspalte und allmählich erst seine therapeutische Wirksamkeit entfalte.

In einer weiteren Versuchsreihe brachte nun S. 50 Fälle zur Behandlung; die Applikation erfolgte zweimal wöchentlich in der Dosis von 0.2 Atoxyl (eine Pravatz-Spritze der 20%igen Lösung), wodurch der Organismus dauernd unter hoher Arsenwirkung zu halten ist. Herzranke, die vom Atoxyl leicht dyspnoische Zustände bekommen, seien der Einwirkung des Medikaments nicht aussetzen. In der Hälfte des Materials handelte es sich um Psoriasis, die nebenher (?) mit den üblichen äußerlichen Mitteln behandelt wurde. Der Erfolg war — wie es denn auch bei dieser Anordnung nicht anders zu erwarten stand — ein guter. In Fällen der ausschließlichen Atoxylapplikation (26), die sich auf Acne necrotica, Pemphigus vulgaris, Dermatitis herpetiformis u. a. bezogen, war der Effekt ein milder prompter. Dagegen heilten 15 Lichen ruber-Fälle, darunter auch sehr schwere, nach durchschnittlich 23 Injektionen, ein Erfolg, der nur zu weiterer Verwertung des Atoxyls diesem hartnäckigen Uebel gegenüber aneifern kann. — (Dermatol. Zeitschr. H. 1, 1903.) N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Die Zirkumzision in der Prophylaxis der Syphilis. Von Dr. H. Breitenstein.

Eine mehr als 20jährige Erfahrung in den Tropen, auf welche der Vf. zurückblicken kann, ist, insoweit sie sich auf die Erwerbung der Syphilis erstreckt, hier in gedrängter Kürze mitgeteilt. Ist es theoretisch schon einleuchtend, daß, da mit dem Fehlen des Präputiums in der Regel auch ein Ausbleiben von Balanitiden und

Erosionen a. d. Glans Hand in Hand geht, damit auch so und so viele Einbruchspforten der Syphilis verschlossen bleiben, so wird diese theoretische Ansicht durch die Empirie — und dem Autor stehen in dieser Beziehung stattliche Zahlen zu Gebote — noch bei weitem geschlagen. Es zeigt sich nämlich, daß in der indischen (niederländischen) Armee ungefähr fünfmal mehr Europäer (d. h. Unbeschnittene) an Syphilis erkranken, als Eingeborene (Mohammedaner). Da die hygienischen und sonstigen Lebensbedingungen für beide Teile genau dieselben sind, die Gelegenheit zur Erwerbung der Syphilis die gleiche ist, andererseits aber die Quelle der Syphilis nach den interessanten Ausführungen des Autors über die dortigen Armeeverhältnisse nur die gleiche sein kann, so steht bloß die verschiedene Disposition bei Europäern und Eingeborenen für diese Erkrankung zur Diskussion. Diese verschiedene Disposition läßt sich aber gewiß in Abrede stellen, eher müßte gesagt werden, daß die Eingeborenen krankmachenden Einflüssen gegenüber viel weniger widerstandsfähig sind, als die Europäer. Es bleibe daher kein anderer Erklärungsgrund für die viel häufigere Syphilis bei den Europäern als der, daß diese als Christen infolge von Zersetzung des Smegmas den oben erwähnten Schädigungen (Erosionen, Balanitiden) ausgesetzt sind, was bei der Mehrzahl der Eingeborenen als Mohammedanern, die der rituellen Zirkumzision unterzogen wurden, wegfällt. — (Dermatol. Zentralbl. Nr. 2, 1903.) D.

Die Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektionen. Von E. Lesser.

Bestimmte Indikationen für die Wahl des jeweilig in Anwendung zu ziehenden Quecksilberpräparats aufzustellen, ist bis jetzt nur in allgemeinen Umrissen gelungen. Trotzdem kann es in manchen Fällen von außerordentlichem Wert sein, die richtige Methode, das richtige Präparat zu wählen. Insoweit es das Kalomel anlangt, hat Fournier unter Betonung, daß die Kalomelbehandlung immer nur ausnahmsweise zu verwenden sei, dieses von überraschender Wirksamkeit befunden, 1. bei schwerem, phagedänischem Schanker der Zunge, 2. bei maligner Syphilis (mit frühzeitigem Auftreten schwerer ulceröser Erscheinungen), 3. bei tertiärer sklerotischer Glossitis, 4. bei schwerer Laryngitis, 5. bei hartnäckigen sekundären Zungenaffektionen. Lesser kann diese ganz ausgezeichnete Wirkung des Kalomels für die galoppierende Syphilis, die tertiäre Glossitis, sowie bei Iritiden nur bestätigen. Doch rät auch er, diese Methode nicht als gewöhnliche Behandlungsart zu

wählen, weil es beim Kalomel häufiger als bei anderen Präparaten zu unangenehmen Nebenwirkungen und schweren toxischen Erscheinungen (Erythemen, Stomatitis, Nephritis und Enteritis) komme. Insbesondere sei, wie bei allen unlöslichen Präparaten, die Kumulativwirkung besonders zu fürchten, der wir, nachdem eine Reihe von Injektionsdepots im Körper angelegt seien, machtlos gegenüberständen. Darum empfiehlt er auch, die Injektionen zu à 0·1 Kalomel in Intervallen von acht Tagen zu machen und mehr als vier bis fünf Injektionen hintereinander überhaupt nicht zu applizieren. Nach eigenen Erfahrungen (Ref.) scheint es uns, als ob hier die Gefahr gerade dieses Präparats zu schwarz geschildert wäre. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 1, 1903.) D.

Zur Behauptung der Quecksilberätiologie der Tabes. Von Dr. Paul Cohn.

Bei einer statistischen Zusammenstellung von 86 tabischen Männern und 31 Weibern ergab sich bei den ersteren in 61 Fällen anamnestisch das Vorhanden-, bzw. Vorausgegangensein eines Ulcus, das in 35 Fällen von den Aerzten sicher als Syphilis, in 21 als rein venereisch (weich) bezeichnet worden war, während in fünf Fällen die Qualität unsicher blieb. Bei dieser großen Zahl der als Ulcus molle diagnostizierten Geschwüre bleibt für die nachmals auftretende Tabes entweder die Erklärung, daß es sich nicht um ein Ulcus molle, sondern um ein durum gehandelt habe — das ergibt dann eine allerdings auffallend hohe Zahl von diagnostischen Irrtümern — oder die Supposition (die allerdings weiter nicht gestützt erscheint; Ref.), daß auch das Ulcus molle (vielleicht eine nicht genügend bekannte Form desselben?) mit der Tabes in Zusammenhang stände. Die Syphilis erscheint in allen Fällen jedenfalls außerordentlich milde gewesen zu sein. Von den 86 Tabikern erhielten überhaupt nur 23 Quecksilber, es läßt sich für den Rest daher ohneweiters behaupten, daß ihre Tabes sicher nichts mit Quecksilber zu tun hat. Aber auch in den 23 behandelten Fällen sind die verabreichten Quecksilbermengen so unbedeutende (keine einzige chronisch-intermittierende Behandlung), daß auch hier Hg. nicht beschuldigt werden könnte. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den tabischen Weibern, von denen nur fünf eine Quecksilberbehandlung erfahren hatten. Für diese Kranken ergibt sich daher der Schluß, nicht Hg. sei die Ursache der Tabes, wohl aber Luës bei dem größeren Teil der Fälle. Für den Rest der Kranken ist der Autor geneigt, auch andere

Toxine (Typhus, Influenza), als das Syphilistoxin verantwortlich zu machen, die bei Vorhandensein spezifischer Disposition des Nervensystems imstande wären, einmal auch eine Tabes auszulösen. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10, 1903.) D.

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. Blokusewski.

Vf., der bekanntlich als erster die prophylaktische Einträufelung (Einspritzungen waren schon früher von Hausmann verwendet worden; Ref.) einer 2%igen Höllensteinlösung zur Verhütung der Gonorrhöe empfohlen und für diese Zwecke ein portatives Gefäß (Samariter I) konstruiert hatte, läßt die verschiedenen, seither empfohlenen Methoden Revue passieren, wobei er das, was an den einzelnen Verfahren unzureichend scheint, hervorhebt. Den Protargollösungen (die er selbst in einer Konzentration von 20% bei seinem Samariter II verwendete) muß ihre leichte Zersetzlichkeit in der Wärme zur Last gelegt werden; die pastösen Zubereitungen (Viro und Noffkes Schutzperlen) verlieren durch ihre Vermischung mit Ölen und Fetten an Wirksamkeit, auch der von Marschalko eingeführte Phallos hat gewisse Nachteile, die an dem jetzt neuerdings von B. hergestellten und empfohlenen Samariter III sämtlich vermieden sind. Die Füllung dieses Gefäßes besteht aus 8% Albargin, 20% Glycerin und $\frac{1}{3000}$ Hydr. oxyanatum.

Ein Rückblick auf die bisher durch die Prophylaxe verhüteten Infektionen, insbesondere Erfahrungen bei der deutschen Marine betreffend, bildet die glänzende Rechtfertigung für diese Bestrebungen auf dem Gebiete der Prophylaxe. — (Dermat. Zentralbl. Nr. 6, 1903.) D.

Kinderheilkunde.

Zur Behandlung des Keuchhustens. Von Dr. Stepp.

Das vor Jahren vom Autor empfohlene Bromoform bewährte sich im großen und ganzen als Mittel gegen Keuchhusten. Durch das Versagen des Mittels in wenigen Fällen bewogen, versuchte St. nun die Darreichung des Fluoroforms, eines geschmack- und geruchlos, absolut ungiftigen Mittels. Dasselbe empfiehlt sich besonders bei der Behandlung der Kinder in den ersten Lebenswochen und im ersten Lebensjahre, endlich auch bei älteren Kin-

dern, bei denen das Bromoform versagt. Das Fluoroform kommt in 2—2¹/₂%iger Lösung in Anwendung.

Bei allen Erkrankungsformen, sowohl bei den leichten, als bei den schwersten und anderweitig komplizierten, setzt sofort mit Beginn der Fluoroformbehandlung ein Abfall der Anfallskurve ein, zuerst steil, dann allmählicher und dann wieder rascher. Die Regelmäßigkeit dieses Abfalles läßt eine spezifische Einwirkung des Mittels auf das Keuchhustengift als durchaus wahrscheinlich erscheinen. Die 14 mitgeteilten Krankengeschichten sind durch Kurven illustriert. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 11—14, 1903.)

Ueber rheumatische Chorea und ihre antirheumatische Therapie. Von Dr. Erwin Kobrak.

Das Material der Neumann'schen Kinderpoliklinik in Berlin während 7 Jahren ließ einen deutlichen Zusammenhang zwischen Chorea und Rheumatismus erkennen. Nur in 34 von 122 Fällen fehlten rheumatische Erkrankungen in der Anamnese. Zu den rheumatischen Symptomen sind jedoch nicht nur der akute Gelenksrheumatismus, sondern auch einfache, durch Salizylpräparate beeinflussbare Gelenkschmerzen und die als Eingangspforte derzeit anerkannten entzündeten Partien des lymphatischen Rachenringes, speziell der Tonsillen, zu rechnen. Tatsächlich findet sich oft bei genauem Nachforschen (unter 99 Fällen bei 45) eine Angina als Anfangssymptom des Rheumatismus; bald schließt sich auch die Chorea direkt an die Angina an, bald findet sich eine häufig rezidivierende Angina in der Anamnese der Chorea. Einen noch besseren Einblick in die Wechselbeziehungen zwischen Rheumatismus und Chorea erhält man, wenn man das Alternieren zwischen beiden Erkrankungen tabellarisch verfolgt.

Für den rheumatischen Charakter der Chorea spricht weiters die Häufung der Erkrankungsfälle in denjenigen Monaten, in denen erfahrungsgemäß auch die rheumatischen Erkrankungen sich häufen.

Außer dem schädigenden rheumatischen Agens ist zum Ausbruch der Chorea noch eine gewisse Disposition des Nervensystems nötig, die sich in einer familiären nervösen Disposition oft erkennen läßt. Die häufigere Erkrankung des weiblichen Geschlechtes, das erhöhte Befallensein gerade derjenigen Lebensjahre, in denen eine besonders lebhaftere Umbildung des Organismus und damit auch des Zentralnervensystems vor sich geht, das sind der Präpubertätsjahre, dokumentiert diesen kausalen Faktor. Die Kenntnis der

krankheitserregenden und zur Krankheit disponierenden Momente gab den Fingerzeig für die Therapie. Es wurde Aspirin versucht, dessen Wirksamkeit die mit Arsen behandelten Fälle vergleichsweise illustrieren sollten.

Von 17 Fällen mit ausgesprochen rheumatischen Antecedentien kam in 11 Fällen Aspirin zur Anwendung. Von diesen war in 9 Fällen ein direkter Vergleich der Arsen- und Aspirinwirkung möglich; fünfmal war das Aspirin dem Arsen überlegen, zweimal an Wirksamkeit gleich, einmal sicher unterlegen, einmal wahrscheinlich unterlegen, keinesfalls überlegen. In zwei Fällen, wo es nicht mit dem Arsen in Wettbewerb trat, war es außerordentlich wirksam, so daß in 9 von 11 Fällen die Wirkung eine gute war. Von fünf nicht mit Aspirin (weil nicht rheumatischen) behandelten Fällen kam Arsen in vier Fällen zur Anwendung, in einem mit deutlichem Erfolg, in zwei Fällen zusammen mit glyzerinphosphorsaurem Natrium mit nicht sehr ausgesprochenem Nutzen. Letzteres Mittel, in einem Falle allein gereicht, versagte. Bei den exquisit rheumatischen Fällen ist also das Aspirin dem Arsen vorzuziehen.

Von sieben weiteren, anscheinend nicht rheumatischen Fällen zeigten sich fünf durch Arsen exquisit günstig beeinflusbar.

Außer einer Einschränkung der choreatischen Zuckungen läßt sich von Aspirin eine Herabsetzung der häufig interkurrenten rheumatischen Schmerzen erwarten. Völlig wirkungslos steht es der Entwicklung von Herzfehlern gegenüber. Neben der medikamentösen Therapie erweisen sich hydrotherapeutische Maßnahmen meist sehr nützlich. Auf Bettruhe ist keinesfalls zu verzichten. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 36.)

Ueber die Unschädlichkeit der Verfütterung großer Mengen von Thyreoidea an Kindern. Von Dr. Konrad Gregor.

Bisher bildete die Toleranz vieler Menschen gegen Schilddrüse und deren Präparate in größerer Menge einerseits und der sogenannten „artifizielle Thyreoidismus“, der oft schon nach minimalen Mengen in Erscheinung treten soll, andererseits, einen Widerspruch, der fast alle Kliniker zur größten Vorsicht bei Einleitung einer Schilddrüsentherapie mahnen läßt. Vf. weist nun auf das Unhaltbare dieser Auffassung hin. Es fand sich Gelegenheit, größere Mengen frischer Hammelschilddrüsen zu verfüttern, und zwar in solchen Dosen, wie sie die bisherigen Vorschriften vielfach überschritten, ohne daß irgendwelche üble Nebenwirkungen zu beobachten waren.

In einem Falle handelte es sich um ein fünf Jahre altes idiotisches Kind, ohne Symptomè von Kretinismus oder Myxödem, das in 36 Tagen 286·5 g (pro Tag 8 g) frische Drüse erhielt, eine Menge, die einer Tagesdosis von 5—6 Tabletten gleichkam; in einem zweiten Falle um ein 3½ Jahre altes Kind mit Idiotie, Mongolentypus und einer an Myxödem erinnernden Schloffheit des Unterhautfettpolsters, das in zwölf Tagen 545 g frischer Drüse = 45·5 g pro Tag, äquivalent 30 Tabletten pro die bekam; in einem dritten Falle erhielt ein elf Jahre altes idiotisches Kind auf einmal 82 g (= 55 Tabletten) Drüse. Nie machten sich unangenehme Erscheinungen irgendwelcher Art geltend.

G. erklärt die bisher beschriebenen Beobachtungen von „artefiziellem Thyreoidismus“ einerseits als zufällige Steigerungen bestehender Krankheitssymptome, anderseits als Wirkung verwester Drüsen oder deren Präparate. — (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. I, Nr. 5.)

Behandlung des Keuchhustens mit Chinin muriat. und Aristochin. Einfluß der Impfung auf den Verlauf des Keuchhustens.
Von Dr. Dreher.

Vortr. hat während einer Epidemie die keuchhustenkranken Kinder systematisch mit Chininum muriaticum und später mit Aristochin in derselben Dosis behandelt. Was das erstere Präparat anbelangt, schien es in allen Fällen sicher gewirkt zu haben, in denen die Patienten das Alter von 18 Monaten nicht überschritten hatten. Die Zahl der Anfälle und ihre Heftigkeit sank in sechs bis acht Tagen von 20—25, innerhalb 24 Stunden auf 6—8 herab. Die Dauer der Anfälle, die Reprisen und das Erbrechen ließen gleichzeitig nach. Chinin ist für dieses Lebensalter gewissermaßen ein Spezifikum gegen Keuchhusten. Aeltere Kinder wurden nicht mehr in allen Fällen günstig beeinflußt, und zwar umso weniger, als sie von der bezeichneten Altersgrenze entfernt waren. Kindern über vier Jahren wurde Chinin wegen der Nebenerscheinungen, die bei den nötigen hohen Dosen zu befürchten sind, nicht mehr gegeben, sondern durch Heroin mit leidlichem Ergebnis ersetzt.

Es wurden nur solche Kinder dieser Therapie unterzogen, welche Chinin nicht zurückwiesen und an unkompliziertem Keuchhusten erkrankt waren. Von Säuglingen wurde das Chinin nur selten refusierte, auch wurde es, erst nach dem Hustenanfall gereicht, nicht erbrochen. Wie dieses Präparat, bewährte sich auch das Aristochin (in denselben Dosen). Da Aristochin sich in un-

genügend saurem Magensaft nicht löst, wurde bei Säuglingen kurz vor der Darreichung des Pulvers Salzsäurelösung gegeben, Die Erfolge waren recht ermutigend. In den zur Beobachtung gelangten 21 Fällen sanken die Anfälle in 6—8 Tagen bis über die Hälfte der früheren Attacken, so daß der ganze Krankheitsverlauf ein äußerst milder war, wenn auch nicht ganz in demselben Maße, wie bei salzsaurem Chinin. Einen ganz wesentlichen Vorzug vor demselben stellt aber die absolute Geschmacklosigkeit des ersteren dar. Zum Zwecke der Darreichung wurde es in etwas Wasser oder Milch aufgeschwemmt oder in geeigneten Fällen in etwas Apfelbrei gemischt und dann gerne genommen. Aristochin empfiehlt sich bestens zur Nachprüfung, zumal die anderen geschmacklosen Chininpräparate anerkanntermaßen in ihrer Wirkung bei Keuchhusten unsicher sind, ja völlig versagen.

Weiters schien es, als ob die Impfung, wenn sie während der Pertussiserkrankung oder kurz vorher vorgenommen war, nicht nur keinen verschlimmernden, sondern sogar einen günstigen Einfluß habe. Die kurz vor der Infektion geimpften Kinder mehrerer an Keuchhusten erkrankter Familien litten alle weniger als ihre Geschwister unter dieser Krankheit. In vier Fällen, die während des Erkranktseins geimpft wurden, verlief der Keuchhusten ebenfalls sehr milde. Keuchhustenkranke Kinder brauchen von der Impfung nicht zurückgestellt zu werden. — Vortr. i. d. Vereinig. niederrheinisch-westf. Kinderärzte; nach Jahrb. f. Kinderheilk.)

Zahnheilkunde.

Die Pyorrhoea alveolaris und ihre Heilbarkeit. Von Albert Senn.

Von allen Gefahren, die der Zahnwurzel drohen, ist die Pyorrhoea alveolaris zweifellos die bedenklichste, und zwar hauptsächlich deshalb, weil sie meist erst beobachtet und behandelt wird, wenn der Schaden schon weit vorgeschritten ist. Grundbedingung für das Entstehen der Pyorrhoe ist der subgingivale Zahnstein, den Vf. aus diesem Grunde Eiterstein nennt; er erzeugt eine Gingivitis rings um den Zahnhals, welche umso rascher fortschreitet, je weniger widerstandsfähig der Körper ist. Personen, welche an Stoffwechsel- oder Fieberkrankheiten, an Herzkrankheiten, Neurasthenie u. a. leiden, erscheinen daher zu Alveolar-

pyorrhoe prädisponiert. Ein spezifischer Mikroorganismus wurde bisher nicht gefunden; im Eiter der Pyorrhoe findet man alle auch sonst in der Mundhöhle vorkommenden Bakterien. Betrachtet man die Pyorrhoe als lokale Erkrankung, so stellt sich die Prognose günstig, wofern nur ein Teil der Wände des Alveolarfaches gesund und etwa das letzte Drittel des Zahnes gegen die Wurzelspitze von Ablagerungen verschont blieb. Das einzige Heil beruht in der Entfernung des subgingivalen Zahnsteins. Alle Medikamente, alle Methoden versagen, wenn die Gingivitis und Eiterung durch Zahnsteinpartikel unterhalten wird. Vf. empfiehlt zum Entfernen des Eitersteins ein rechtwinkelig abgebogenes, hauenförmiges Instrument, mit welchem man durch stoßende oder ziehende Bewegungen alle auf der Wurzel abgelagerten Teilchen absprengt. Nachher wird die Alveole mit warmem Wasser oder schwacher Sublimatlösung ausgespritzt. Bei einwurzeligen Zähnen ist die Heilung meist nach zwei Sitzungen erreicht. Vf. ist gegen die chirurgische Behandlung, wie Spalten der Zahnfleischtaschen, Abtragen des eiternden Zahnfleischrandes u. s. w.; es muß vielmehr unser Bestreben sein, das Zahnfleisch nach Möglichkeit zu schonen, damit es sich wieder fest und straff an den Zahnhals anlege. Der Patient wird angewiesen, morgens nach dem Frühstück und abends die Zähne mechanisch zu reinigen, bekommt ein adstringierendes Mundwasser und die U n n a'sche Zahnpaste, welche 50% Kali chloricum enthält und sich gegen Stomatitis und Gingivitis vorzüglich bewährt. — (Schweiz. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., Vol. XII, 1902.)

R. K r o n f e l d.

Ein Fall von „immediater Regulierung“ nach der Methode Bryan. Von R. Anema.

Patient, 30 Jahre alt, hatte links im Unterkiefer einen stark nach vorne stehenden Eckzahn. Da er abgesehen von der auch bei geschlossenem Munde auffälligen Entstellung auch den Verlust des Antagonisten im Oberkiefer befürchtete, welcher durch den vorragenden mächtigen Eckzahn bereits stark gelockert und dislociert war, und Alter, Zeitmangel und andere Umstände keine maschinelle Geradrichtung des Zahnes gestatteten, wurde an die „Immediatregulierung“ geschritten. Nach Reinigung des Operationsgebietes wurden unter Kokaïnanästhesie rechts und links vom Caninus zwei sagittale Sägeschnitte in den Proc. alveolaris gemacht, welche bis auf zwei Drittel der Wurzellänge, an der Zungenseite bis ins Diaphragma oris, auf der Lippenseite nahe an den Fornix reichen. Die

geringe Blutung wurde durch ein antiseptisches Mundwasser gestillt. Unter Chlor-Aethylnarkose wurde sodann mit einer gewöhnlichen Bicuspidatenzange der Zahn samt dem losgesägten Teile des Alveolarfortsatzes lingualwärts luxiert, wobei ein vorher angefertigter und über die Nachbarzähne des Unterkiefers gelegter Kautschukbügel dem Operateur als Hypomochlion diente und eine zu starke Bewegung der Zange verhinderte. Der Eckzahn wurde dann durch Seidenligaturen an den Nachbarzähnen befestigt. — Nach der Operation trat eine leichte Schwellung der Weichteile ohne Fieber und Schmerzen auf, die Heilung erfolgte per primam. — (Schweiz. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., Vol. XII, 1902.)

R. Kronfeld.

Kleine Mitteilungen.

Behandlung der fibrinösen Pneumonie mit Hetolinjektionen.

Von K r o n e. Von der Erfahrung L a n d e r e r's ausgehend, daß durch die intravenös injizierte Zimmtsäure eine heilbringende Entzündung tuberkulöser Lungenpartien hervorgerufen werden könne, kam Vf. auf den Gedanken, auch bei der Pneumonie durch eine artifizielle Anlockung von Leukocyten an den Entzündungsherd ein Weiterschreiten der Pneumokokkenpneumonie hintanzuhalten. In einem typischen Falle von kroupöser Pneumonie wurde 0·004 Natrium cinnamylicum (Hetol) intravenös injiziert. Die Krisis trat am Abend darauf ein. Durch diese Erfahrung ermutigt, wurden weitere vier Fälle, davon drei mit Sicherheit noch im ersten Stadium befindlich, so behandelt. Es konnte durchwegs günstige Wirkung, Abnahme des Fiebers, Beruhigung der Atmung, Kräftigung des Pulses festgestellt werden. Ein Fall verlief dennoch, infolge seniler Herzschwäche, letal. Die weiteren, auf 14 Fälle sich beziehenden Beobachtungen bestätigten die Erfolge: jedesmal ging nach der Einspritzung die Entzündung leicht und glatt zurück. Das Hetol wirkt also, obzwar selbst entzündungserregend, der pneumonischen Entzündung im Anfangsstadium entgegen, setzt das Fieber herab, bewirkt leichtere Lösung und verhindert so das Aufkommen der so verderblichen Allgemeininfektion durch die Pneumonieerreger. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1903.)

Albargin wendet C l e m m in Form von Klysmen in Lösung von 0·4 : 250, abends gegeben und wenn möglich zu behalten, bei Enteritis memembranacea und spastischer Obstipation an Stelle der

Fleiner-Kußmaul'schen Oelklystiere mit Erfolg an. Wesentlich für die Wirkung scheint ihm der Gelatosegehalt des Präparats zu sein, welcher die Schleimmembranen reizlos abhebt, so daß dann das freiwerdende Silbersalz direkt mit den Epithelien in Berührung kommt. — (Arch. f. Verdauungskrankh., IX., 1.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Chologen ist ein von Dr. Glaser (Aargau) angegebenes Präparat, eine Kombination von Quecksilber mit aromatischen Pflanzenstoffen (Podophyllin, Melisse, Kampher, Kümmel), welches der Erfinder in drei Stufen, Chologen 1, 2, 3 darstellt und bei Cholelithiasis spezifisch wirken soll. Allerdings sind die pathogenetischen Vorstellungen des Vf. über die Gallensteinkrankheit — eine durch nervöse Funktionsstörung hervorgerufene pathologische Funktion der Leberzellen — etwas sonderbar. Sollten aber die Erfolge des Mittels (76 Heilungen und 16 Besserungen auf 100 Fälle von Cholelithiasis) auch anderen Beobachtern treu bleiben, so würden wir wohl auf die mehr weniger richtige Begründung der Wirkung gerne Verzicht leisten.

Bei Lidexzem:

1. Rp. Bismuth. subnitr.	10·0
Zinc. oxyd.	2·0
Glycerin.	8·0
Acid. carbol. liquefact.	1·0
Vaselin.	30·0

M. f. ungt. D. S. Dreimal täglich eine halbe Stunde lang aufzulegen.

2. Rp. Cocaïn. basic.	0·3
Jodoform. subtilissime	
pulv.	10·0
Mentholi	0·5
Tinct. lavandul. alcohol.	20·0

D. S. Zum Eintupfen.

3. Rp. Tinct. alcohol. filic. mas.	30·0
Spirit. vin. gallic.	15·0
Tinct. myrrh.	4·0
Opii pulv.	2·0

D. S. Vor dem Gebrauch zu schütteln. Die erkrankten Stellen zweimal täglich einzupinseln.

4. Rp. Naphtholi	10·0
Sulfur. praecipit.	50·0
Sapon. virid. kalin.	} aa 25·0
Lanolini	

D. S. Nach einer halben Stunde mit warmem Wasser abzuwaschen.

Bei Pharyngitis sicca:

Rp. Acid. carbol. liquefact.	2·0
Tinct. iod.	0·03
Tinct. aloës	0·04
Tinct. opii	gtts. X
Glycerin	30·0

D. S. Zur Inhalation.

Bei Anorexie:

Rp. Pepsin. german.	0·30
Maltini	0·10
Pulv. nuc. vomic.	0·03
Pulv. nuc. kola	0·20

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. XII. Täglich vor dem Essen ein Pulver zu nehmen.

Bei Psoriaris vulgaris:

Rp. Natr. cacodyl.	2·5	
Spirit. vin. Rum	} āā 25·0	
Syrup. simpl.		
Ol menth.	gtts. II	
Aq. destill.	ad 100·0	

D. S. 2—6 Kaffeelöffel voll täglich nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Bei Hautjucken:

Rp. Fol. belladonn.	} āā 7·0	
Fol. hyoscyan.		
Fol. aconiti		1·50
Fiat infusum		350·0
Acid. acet. dil.		30·0

D. S. Dreimal täglich die Haut zu waschen.

Bücher-Anzeigen.

G. Gauthier: **Les médications Thyroïdiennes.** Paris, J. B. Baillière & fils. 1902. Gekrönte Preisschrift. 227 pp.

Das Buch enthält eine genaue Darstellung der gesamten Schilddrüsen-therapie. Der erste Teil bringt die verschiedenen Applikationsweisen der Schilddrüsen-therapie, ferner eine Beschreibung der verschiedenen Schilddrüsenpräparate und deren Gewinnung, dann die Pharmakodynamie und die Wirkungen der Schilddrüsenbehandlung, endlich die Theorie der Wirkung der Schilddrüsen-substanz. Der zweite Teil umfaßt die Anwendung und Indikationen der Thyreo-therapie bei den verschiedensten Krankheitszuständen. Die vorzügliche Anordnung des Stoffes, die größtmögliche Vollständigkeit können dem Werke nachgerühmt werden. Besonders interessant ist für den Leser, die verschiedenen Argumentationen zu verfolgen, welche zur Verwendung der Schilddrüse bei den verschiedensten Zuständen Anlass gab, denen G. mit ruhiger Kritik gegenübersteht. Das Buch kann als gelungene Lösung der gestellten Aufgabe betrachtet werden und kann Ref. dem Urteile François-Francks, welcher das Werk mit einer Vorrede einleitete und der Akademie vorlegte, vollinhaltlich beistimmen. E. S.

O. Minkowski: **Die Gicht.** (Spezielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Nothnagel. Band VII, Teil 3.) A. Hölder. Wien 1903.

Jeder Versuch der monographischen Schilderung der Gicht leidet am meisten darunter, daß nach und nach durch den, namentlich von französischer Seite wieder besonders begünstigten Begriff der Diathesen, das Gebiet dieser Erkrankung so ungeheuerlich erweitert wurde, daß kaum eine pathologische Erscheinung beim Menschen nicht auch auf „harnsaure Diathese“ zurückgeführt werden könnte. Bei dem Mangel einer faßbaren Definition dieser Diathese wird auch die Pathogenese um so dunkler, als sie einer ganzen Menge oft unbestimmter, oft widersprechender Erscheinungen als gemeinsame Erklärung dienen sollte. Der Vorzug des Minkowski'schen Werkes liegt nun vor allem in der weisen Beschränkung des Krankheitsbegriffes, in der kritischen Mäßigung, mit welcher die verschiedenen als gichtisch bezeichneten, oft nur zufälligen Erscheinungen bei sicheren oder vermuteten Gicht-

kranken der Stoffwechselstörung zugerechnet werden. Der klinisch vorzüglichen Darstellung folgt eine umfangreiche und gründliche Auseinandersetzung der chemischen Fragen, welche M. zu einer eigenen Hypothese über die Krankheit führt. Er erblickt zwar auch in einem abnormen Verlauf des Nucleinstoffwechsels das Wesen der Krankheit, jedoch nicht in einer einfachen Steigerung des Umsatzes, sondern darin, daß die aus der Nucleinsäure gebildete Harnsäure nicht diejenigen Verbindungen eingehen kann, durch welche unter normalen Verhältnissen ihr Transport und ihr weiteres Schicksal vermittelt wird. Auf diese Weise läßt sich dann ebensogut die Anhäufung im Blute als Ablagerung in den Geweben erklären. Allerdings ist M. über die Natur dieser Verbindungen im unklaren, doch meint er, daß wohl die phosphorhaltigen Nucleinsäurereste dabei in Betracht kommen. Eine ausführliche Darstellung der Therapie schließt das Werk ab, welches in der modernen Gicht-Literatur gewiß einen hervorragenden Platz einnehmen wird. Vorzügliche Textabbildungen und drei farbige Tafeln begleiten das auch sonst glänzend ausgestattete Buch.

Im selben Bande ist ferner eine Beschreibung der intermittierenden Gelenksschwellungen durch H. Schlesinger erschienen, welche durch die diesem Autor eigenen Gründlichkeit und reiche Kasuistik dem Leser ein klares Bild dieser seltenen Erkrankung verschafft. Bezüglich der Pathogenese steht Sch. auf dem von ihm bereits wiederholt dargelegten Standpunkte der angioneurotischen Natur des Leidens.

E. S.

Die Krankheiten des Kehlkopfes. Von Dr. M. Bukofzer, Königberg i. Pr. Berlin 1903. Hirschwald.

Vf. will mit diesem Büchlein dem Lernenden einen Leitfaden geben, an dem er eine Uebersicht über das Gebiet der Laryngologie gewinnen soll. Man muß gestehen, daß ihm die Verwirklichung dieser Absicht im allgemeinen sehr gut gelungen ist; denn man wird beim Durchlesen des Buches kaum irgend etwas Wesentliches vermissen, trotz des bescheidenen Umfanges von 178 Seiten. Allerdings wurde durch die Hinweglassung jeglicher Abbildung viel Platz gewonnen, was man als einen sehr glücklichen Gedanken bezeichnen muß; denn die Larynxbilder hat jeder Arzt in seinen anatomischen Werken, beziehungsweise seinem laryngologischen Atlas, dessen Anschaffung ja doch kaum umgangen werden kann, und die Instrumente findet man besser und vollständiger in den Katalogen der Fabriken abgebildet. Die Anordnung des Stoffes ist übersichtlich; daß dabei z. B. die Laryngitis bei Typhus, Variola, Morbillen etc., von den ulcerösen Prozessen bei denselben Krankheiten räumlich weit getrennt abgehandelt wird, konnte kaum vermieden werden und schadet nicht viel. Bei der Laryngitis submucosa acuta vermißten wir unter den ätiologischen Momenten den Diabetes (nach Leichtenstern). Die vielen Druckfehler und mancherlei sprachliche Härten hätten wohl vermieden werden können.

W eil.

Die Heilung des chronischen Morphinismus durch eine neue Behandlungsweise.

Von **Dr. C. Engelskjön** in Christiania.

Vor sechs Jahren, in der Mitte Mai, bekam ich einen Anfall von Gallensteinkolik mit nachfolgender schwerer Kongestion zu den Unterleibsorganen. Die Leber ragte eine Handbreite unter dem Rippenrand hervor, und es entwickelte sich eine absolute Anorexie, während welcher ich vierzehn Tage lang nichts als Wasser zu mir nehmen konnte. Besonders wurde ich von einem quälenden Druckgefühl im Unterleib geplagt; da die Einspritzung von 0.005 g Morphin Erleichterung hervorrief, setzte ich damit eine Zeitlang täglich fort. Das spätere Aufhören damit bereitete mir keine Schwierigkeiten. Im September konnte ich meine Praxis wieder übernehmen, aber bald nachher fing ich an einer äußerst hartnäckigen Kolitis zu leiden an, gegen welche interne Mittel nutzlos blieben. Ich versuchte dann Einläufe mit lauem Wasser, aber mit demselben Resultat; Lösungen von bakteriziden Stoffen erwiesen sich freilich wirksam, aber da ich sie jedesmal viel zu kurz ertragen konnte, kehrte die Krankheit regelmäßig zurück. Auf diese Weise vergingen anderthalb Jahre, bis ich endlich durch Orphol in kurzer Zeit geheilt wurde.

Der Darmkanal befand sich jedoch jetzt in einem Zustand von nervöser Gereiztheit, wozu die alten Kongestionen sich wieder gesellten. Meine Plagen waren sehr peinlich und anhaltend, und abermals mußte ich zum Morphin greifen, wodurch es mir ermöglicht wurde, meine Praxis zu verwalten.

Nach Verlauf von zwei Jahren, während welcher ich sehr leidend war und häufig das Bett hüten mußte, nahm die Krankheit langsam ab. Jetzt hatten die Morphineinspritzungen sich indessen gerächt. Im Februar 1900 bekam ich die Influenza, nach welcher sich eine beschwerliche Nervosität einstellte. Auf den Rat eines Kollegen beschloß ich dann, mit den Einspritzungen aufzuhören. Von den nervösen Symptomen abgesehen, war mein Befinden sonst ganz leidlich, so daß ich das Morphin auch unschwer

entbehren konnte. Ich benutzte damals 0·060 g pro die, also kein bedeutendes Quantum, und besondere Vergiftungssymptome hatte ich bisher nicht bemerkt, außer einer gewissen Interesselosigkeit und Schläfrigkeit. Mein Morphinismus schien also ein leichter zu sein; er nahm jedoch später einen viel ernsteren Charakter an, und da es sich zeigte, daß ich durch die Entziehungskur unmöglich geheilt werden konnte — man wird in dem folgenden erfahren, warum — wurde ich in die wahrhaft ziemlich hoffnungslose Lage gestellt, daß ich eine neue Behandlungsweise erfinden mußte, wenn ich überhaupt imstande sein sollte, den Bann des Morphinismus zu brechen. Dies war freilich keine angenehme Entdeckung, aber anstatt meine Energie zu lähmen, erregte sie im Gegenteil diese. Während meiner vergeblichen Versuche mit der Entziehungskur lernte ich übrigens hinreichend einschauen, wie unbefriedigend und inhuman dieses Verfahren ist, mittels dessen man bisher die chronische Morphinvergiftung bekämpft hat, und wie absolut gefordert der Nachweis eines geeigneteren Heilverfahrens ist, wenn nicht alle die Patienten, welche, ähnlich wie ich, unmöglich über das letzte schwierige Stadium der Kur hinauskommen können, einem abscheulichen Verderben anheimfallen sollen. Von dem schwächenden Einfluß der Entziehungskur will ich nicht einmal reden.

Das Mittel, welches ich nun das Glück hatte, schon nach kurzem Suchen nachzuweisen, erscheint beim ersten, oberflächlichen Anblick paradox. Dies mag der Grund sein, warum es, obgleich ganz nahe gelegen, der Aufmerksamkeit der Aerzte entgangen ist.

Wie oberhalb erwähnt, hatte ich mich an eine tägliche Morphinumdosirung von 0·060 g gewöhnt. Ich faßte nun den Entschluß, die langsame Entziehungskur auf die Weise zu versuchen, daß ich das tägliche Einspritzungsquantum jeden sechsten Tag um 0·006 g reduzierte. Die darauf folgenden Abstinenzerscheinungen dauerten regelmäßig drei Tage. Darauf erlaubte ich mir einen Ruhetag und dann noch einen „Steigerungstag“, an welchem ich die Dosis wieder erhöhte. Dadurch wurden die nach der Reduktion am sechsten Tag folgenden Abstinenzen verhältnismäßig erträglich. Als ich aber nach einigen Wochen auf eine Tagesdosis von 0·015 g Morphin herabgekommen war, fingen die Abstinenzen plötzlich an, volle neun Tage anzudauern. Ich hielt eine Zeitlang tapfer aus, mußte aber dann, indem ich den letzten

Morphinrest, etwa 0·005 g, fortließ, zu Einspritzungen mit einer 5%igen Lösung von phosphorsaurem Kodeïn greifen. Diese leisteten einen ausgezeichneten Dienst, und ich hoffte schon in kurzem, von der Morphinplage befreit zu werden, als ich ganz unvermutet von heftigen Vergiftungssymptomen angegriffen wurde, und da ich dieselben dem Kodeïn zuschreiben mußte, wagte ich nicht damit fortzusetzen. Ich mußte also zum Morphin zurückkehren. Später zeigte es sich jedoch, daß die Vergiftung nicht von dem Kodeïn an sich, sondern von einer Verunreinigung des Präparats herrührte.

Ein Vierteljahr später, nachdem ich den schwächenden Einfluß jenes ersten Versuches überwunden hatte, beschloß ich, die Kur zu wiederholen. Nachdem ich den letzten Morphinrest, 0·003 g, weggelassen hatte, ersetzte ich das Morphin abermals mit Kodeïn. Aber noch nach dem Verlauf von vier Wochen traten Abstinenzen auf, sobald ich mit den Einspritzungen aufhören wollte, und aus Furcht, Kodeïnist zu werden, wagte ich nicht länger auf diese Weise fortzusetzen. Mit schwerem Herzen mußte ich also auch diesmal zum Morphin zurückkehren.

Im vorigen Jahr, nachdem ich vom Dionin Kenntnis bekommen hatte, machte ich einen dritten Versuch. Nachdem ich den letzten Morphinrest weggelassen hatte, folgte ich einem besonderen Plan, um einem eventuellen Kodeïnismus zu entgehen, indem ich wochenweise mit Dionin- und Kodeïneinspritzungen wechselte. Damit setzte ich sechs Wochen fort, ohne daß das Morphin seine Herrschaft verlieren wollte! Dann stellten sich aber höchst unangenehme Hirnkongestionen ein, und da ich dieselben dem Dionin zuschreiben mußte, war ich also gezwungen, auch diesen dritten Versuch aufzugeben.

Jetzt sah ich die Unmöglichkeit ein, durch die Entziehungskur geheilt zu werden. Jeder Versuch mußte unbedingt an der enormen Schwierigkeit scheitern, mit welcher die „Ausscheidung des letzten Morphinrestes“ (ich komme später zu diesem geläufigen, aber irreleitenden Ausdruck zurück) aus meinem Körper stattfand. Die Beseitigung der Abstinenzen, welche öfters während 3—5 Tagen gelingt, nahm bei mir eine unbekannte Anzahl von Wochen in Anspruch. Gegenüber Fällen der gleichen Art, deren Prozentzahl durchaus unbekannt sein dürfte, muß die Entziehungskur ihrem Wesen nach ganz nutzlos sein. Diese Lücke in der Therapie verlangt ausgefüllt zu werden.

Ich fing also selbständig über die Sache nachzudenken an. Ich war jetzt ziemlich heruntergekommen.

Es fiel mir sogleich ein, daß das O p i u m, obgleich es Morphin in bedeutender Menge enthält, doch am Ende als Ersatzmittel für das Morphin, aber natürlicherweise als innere Medizin, benutzt werden könnte, da man das Opium jahrelang einnehmen kann, ohne dadurch krank zu werden. Von manchen Seiten her wird ja versichert, daß die Orientalen einen mäßigen Opiumgenuß lange Zeit ertragen können, ja daß sie sich sogar sehr wohl dabei befinden. Selbst habe ich einen Kranken gekannt, welcher als Schlafmittel 15—20 Tropfen Opiumtinktur allabendlich, drei Jahre hindurch, eingenommen hatte, ohne daß das plötzliche Aufhören damit ihm übel bekam. Auch ist Christisons Engländerin bekannt. Diese achtzigjährige Dame pflegte in den letzten 40 Jahren ihres Lebens über eine halbe Unze Laudanum täglich zu verschlingen, macht zusammen gegen 600 Pfund! (Fr. O e s t e r l e n. Heilmittellehre, Tübingen 1856, S. 758.) Freilich fangen die Opiumesser, wie bekannt, schließlich auch an, an einem kachektischen Zustand zu leiden, aber nach der Beschreibung O e s t e r l e n s erinnert dieser nicht eigentlich an den Morphinismus (ibid.), denn die mit furchtbarer Erregung verbundenen Abstinenzen, welche für den Morphinismus so charakteristisch sind, scheinen bei den Opiumessern gänzlich zu fehlen. Wenn diese das Opium vermissen, verfallen sie in einen stumpfen, stupiden Zustand, bis daß sie durch eine neue Dosis Opium wieder erquickt werden. Dies hat nichts mit dem Morphinismus gemein, erinnert vielmehr an den Zustand der Alkoholisten. Auch sollen jene Wirkungen des Opiums „vorzugsweise bei solchen eintreten, welche überhaupt ein kümmerliches Dasein führen“, während das Morphin niemand verschont.

In der Tat schien mir nun schon ein rettender Ausweg eröffnet zu sein. Ich war aber genötigt, den Gedanken weiter zu verfolgen. Was ist nämlich das wirksame Prinzip im Opium? — E b e n d a s M o r p h i n. „Man kann, bemerkt Dr. Jos. Moeller, Opium als ein stark verunreinigtes Morphin auffassen, und die Wirksamkeit des Opiums ist wesentlich die des Morphins“ (Arzneimittellehre, Wien 1893, S. 368). Hier befand ich mich also dem scheinbaren Paradox gegenübergestellt.

Es fiel mir indessen jetzt ein, daß der Morphinismus erst nach der Erfindung der Pravaz'schen Spritze beobachtet sein

soll; könnte man sich denken, daß diese Krankheit weniger auf dem Morphin an sich, als auf der Art seines Einverleibens im Körper beruht? — Wie oft hatte ich doch als junger Arzt (ich bin jetzt 67 Jahre alt) meinen phthisiskranken Patienten viele Monate hindurch Morphintropfen verordnet, und wenn ich schließlich mit dieser Behandlung aufhörte, ist es keineswegs geschehen, weil ich schlechte Wirkungen vom Morphin beobachtet hatte, sondern weil eigentümliche und verhängnisvolle Krankheitsfälle als Folgezustände nach dem Morphinbrauch (Spritzen) bekannt wurden. Aber weder ich noch einer von den mir damals bekannten Kollegen haben nachgefragt, ob in dieser Beziehung ein kausaler Unterschied zwischen der internen und der externen Morphinbehandlung nachgewiesen werden konnte. Später ist es mir bekannt geworden, daß eine alte Dame, die ich persönlich kenne, und welche vor 50 Jahren an einer melancholischen Verstimmung litt, damals für 20 Spd. oder zirka 88 Rm. Morphin jährlich verzehrte, ohne dadurch auf irgend eine Weise krank zu werden! Obwohl der Preis des Morphins damals sehr viel höher war als gegenwärtig, wird der Fall jedenfalls hinreichend genug beweisen.

Diese Erwägungen machten bei mir den Entschluß reif, einen Versuch mit Morphintropfen zu machen. Vom Opium nahm ich Abstand, da ich schon lange an Obstruktion litt.

Zu dieser Zeit, im April 1902, bekam ich von dem bekannten Antimorphin Frommes Kenntnis. Ich erkannte es als meine Pflicht, einen Versuch damit zu machen, obgleich das „bernsteinsäure Dognoodin“, welches den Chemikern durchaus unbekannt war, mir ziemlich suspect erschien. Nach dem Verbrauch von 240 g Antimorphin hatte mein Morphinismus faktisch etwas abgenommen, und ich hätte gern damit fortgesetzt, allein der Preis war erschreckend, und außerdem glaubte ich ja einen anderen Ausweg gefunden zu haben, dessen Prüfung mich am meisten interessierte, und den ich also erst versuchen wollte. Erst mußte ich aber eine Erholungsreise antreten.

Nachdem ich zurückgekehrt war, kam mir die Abhandlung von Professor Fischer und Dr. Fendler in Krauses Chemikerzeitung vom 26. Juli 1902 zu Händen, zufolge welcher Frommes Antimorphin einfach eine Morphinlösung sein sollte. Freilich leugnete Fromme dies aufs bestimmteste; aber Professor Karl Mörn ers späterer Aufsatz in „Svensk pharmac.

tidskrift“ Nr. 17 konnte keinen Zweifel hinterlassen. Mit Rücksicht auf die positiven Wirkungen, die ich vom Antimorphin erfahren hatte, erregte dies mein höchstes Interesse, weil ich ja dadurch meine Vermutungen von der Anwendbarkeit des Morphins bestätigt fand.

Den 15. Oktober 1902 schritt ich zur Ausführung meines Versuches. Ich injizierte mir damals täglich 0·025 g Morphin, in 6 Dosen verteilt. Zum Versuche bereitete ich mir eine 2%ige Lösung von Morphinsulphat, mit aromatischen Korrigenzen vermischt. Eine genaue Wägung ergab, daß 100 Tropfen dieser Lösung eben 0·080 g Morphinsulphat enthielten. Versuchsweise zeigte es sich, daß 40 Tropfen, dreimal täglich (achtstündlich) genommen, die Abstinenzen eben beseitigen. Unten teile ich das Resultat meines vierzehntägigen Versuches mit.

15. Oktober. Körpergewicht 74 kg — Tagesdosis 120 Tropfen (0·096 Morphin).

19. Oktober. Tagesdosis 100 Tropfen (0·080 Morphin).

27. Oktober. Tagesdosis 80 Tropfen (0·064 Morphin).

30. Oktober. Tagesdosis 60 Tropfen (0·048 Morphin).

Gewicht jetzt 75·50 kg.

Es zeigte sich also zu meiner Freude, daß mein Morphinbedürfnis schon auf die Hälfte reduziert war, während mein Körpergewicht mit 1·50 kg zugenommen hatte. Mein Versuch hatte also bisher ein positives Resultat gehabt und meine Vermutungen bestätigt. Jede Reduktion konnte, ohne daß Abstinenzen auftraten, vorgenommen werden; das ist, das Morphinbedürfnis wurde nicht, wie bei der Entziehungskur, gewaltsam unterdrückt, sondern hat während der internen Morphinbehandlung von selbst abgenommen.

Nach diesem Resultat war ich geneigt anzunehmen, daß ich wirklich eine wirksame Behandlungsweise gegen die chronische Morphinvergiftung gefunden hatte. Und es schien mir auch aus dem Versuch hervorzugehen, daß, wenn das inwendig genommene Morphin bei einer schon an chronischer Morphinvergiftung leidenden Person diese nicht zu erhöhen vermocht hatte, würde es noch weniger bei einer früher gesunden (i. e. nicht morphinistischen) Person jene Krankheit hervorrufen können.

Man könnte freilich einwenden, daß jener vierzehntägige Versuch viel zu kurz war, um einen ähnlichen Schluß zu erlauben.

Anstatt mit der Behandlung fortzusetzen, beschloß ich deshalb, einen neuen, modifizierten Versuch zu unternehmen. Ich unterbrach deshalb die angefangene Behandlung, und nachdem ich mich wieder an eine tägliche Einspritzung von 0·025 g Morphin gewöhnt hatte, nahm ich vom 11. November an zugleich 0·096 g Morphin ein, beides in drei achtstündlichen Dosen verteilt. Das tägliche Morphinquantum war also im ganzen 0·121 g. Damit setzte ich fort bis zum 18. Jänner 1903, also fast ein Vierteljahr. Dann seponierte ich plötzlich die Tropfen und war auf das Resultat höchst gespannt, ob nämlich diese Reduktion mit 0·096 g Morphin Abstinenzen hervorrufen würde, oder nicht. Solche stellten sich jedoch absolut nicht ein, und es zeigte sich also, daß mein Morphinbedürfnis ausschließlich von den täglich eingespritzten 0·025 g Morphin bestimmt war.

Dieses Resultat liefert einen zweifachen Beweis. Erstens zeigt es, namentlich in Verbindung mit dem ersten Versuch vom 15. bis 30. Oktober 1902, daß das Morphin, inwendig dargereicht, ein wirksames Mittel gegen den Morphinismus liefern muß, und zweitens, daß die innere Morphinbehandlung, welche aus der Therapie fast verbannt ist, obgleich sie bei manchen schweren Krankheitsformen, wie der Phthisis und den mit Erregung verbundenen Seelenstörungen, die segensreichsten Wirkungen entfalten kann, wieder in die Praxis eingeführt werden darf.

(Schluß folgt.)

Zur Klimatotherapie der Tuberkulose.

Von **Dr. Julius Pollak**, em. Hausarzt der Heilanstalt Alland.

(Fortsetzung.)

Nach Webers Einteilung bilden die Land- oder Binnenklimate die zweite große Gruppe des Klimas. Weber teilt sie in zwei Unterabteilungen, und zwar I. Höhenklimate, II. Niederklimate.

Es wurde viel darüber geschrieben, von welcher Höhe an, oder besser gesagt, welche Bodenerhebung als Höhenklima zu bezeichnen sei. Eine strikte Grenze ist hierbei überhaupt nicht zu ziehen. Es hängt dies von den verschiedenen Breitegraden, von der Umgebung,

von der Nähe des Meeres etc. ab. Nach **W e b e r** kann man in den höheren Breitegraden und ebenen Gegenden, vom Meere entfernt, schon eine Erhebung von 500—600 m im klimatherapeutischen Sinne „Bergklima“ nennen, während im Himalaya, wo noch in einer Höhe von 1000—1500 m Getreide und Obstbäume fortkommen, eine viel höhere Erhebung erst Höhenklima besitzt.

Wir finden in unserer engsten Heimat dieselben klimatischen Unterschiede; so ist im Wechselgebiete in der Höhe von zirka 900—1000 m noch eine vollkommene Vegetation zu treffen, während im Schneeberg- oder Raxgebiet in dieser Höhe kaum mehr Getreide oder Obst fortkommt.

Für Phthisiker sind die Hauptvorzüge des Höhenklimas: 1. die Reinheit der Luft; 2. die intensive Insolation; 3. hoher Ozongehalt der Luft; 4. große Windstille; 5. Vermehrter Lichteinfluß; 6. geringerer Luftdruck und gleichzeitige Verdünnung der Luft; 7. Trockenheit der Luft, bei ziemlich reichen Niederschlägen.

Als Wirkungen dieser Eigenschaften des Höhenklimas bezeichnet **W e b e r** eine vermehrte Hauttätigkeit, verbesserte Ernährung und Kräftigung der Haut; ferner wahrscheinliche Kräftigung des Herzens und der kontraktiven Fasern des Gefäßsystems mit Vermehrung der Frequenz der Herzkontraktionen, besonders im Anfang nach der Uebersiedlung von niedrig gelegenen Orten ins Gebirge, nach einem längeren Aufenthalt Rückkehr zur individuellen Norm; die Kraft des Pulses und des Herzens schien **Weber** nach längerem Aufenthalt im Hochgebirge vermehrt. **Weber** fand auch in den ersten Tagen des Aufenthaltes eine Zunahme von 2—5 Atemzügen in der Minute, doch kehrte später die Atemfrequenz bei den meisten Kranken zur Norm zurück. **B o n e r** nimmt an, „daß Hochgebirgsbewohner meist eine langsame und tiefe Respirationsbewegung haben und einen dem entsprechenden Puls“. Nach demselben Autor sollen die Lungen im Hochgebirge blutreicher werden, ähnlich wie die Haut, infolge des verminderten Luftdruckes oder vielleicht auch deshalb, weil infolge der vermehrten Verdunstung mehr Blut zugeführt werden muß. Dieser vermehrte Blutzufluß führt zu einer Verbesserung der Lungenernährung.

M a r c e t meint, daß im Hochgebirge auch eine vermehrte Wasserausscheidung des Körpers infolge des verminderten Wassergehaltes der Luft stattfindet, ebenso sei auch die Kohlensäureausscheidung eine erleichterte und erhöhte. Diese austrocknende Wir-

kung der Höhenluft zeigt sich bei starker Sekretion und Expektoration der Lungenkranken besonders häufig.

Durch die vermehrte Zirkulation und raschere Verdunstung tritt meist eine Verminderung des Nachtschweißes und indirekt eine Kräftigung der Haut ein. In der Mehrzahl der Fälle tritt auch Vermehrung des Appetits und der Nahrungsaufnahme ein, hiedurch verbesserte Blutbildung und Ernährung der Organe.

Wie eingangs erwähnt wurde, verfocht B r e h m e r bis zu seinem Tode die Ansicht, daß das Hochgebirgsklima besonders zahlreiche i m m u n e G e g e n d e n besitzt. Heute ist dies natürlich ein überwundener Standpunkt, kein Phthiseotherapeut glaubt mehr daran, daß es immune Gegenden, oder ein immunes Klima gebe. Hingegen wird noch heute von verschiedenen Autoren behauptet, daß die Tuberkulose im allgemeinen in den höher gelegenen Orten weniger häufig vorkommt, wie in den Niederungen.

So sagt E g g e r, „daß bei g l e i c h e n s o z i a l e n Bedingungen in der Höhe weniger Todesfälle an Tuberkulose vorkommen, als in der Ebene“. Wichtig ist hierbei der Zusatz „b e i g l e i c h e n s o z i a l e n B e d i n g u n g e n“, da ja im Hochgebirge die verschiedensten Faktoren in Betracht kommen, die schon im vorneherein günstigere Lebensbedingungen schaffen, wie in der viel dichter bevölkerten Ebene. Die Lösung dieser Frage ist von besonderer Wichtigkeit bei der Auswahl eines Ortes behufs Baues von Heilstätten für Lungenkranke. Bei dieser Gelegenheit wurde auch von den meisten Autoren die Frage aufgerollt, ob das H ö h e n k l i m a einen b e s o n d e r s g ü n s t i g e n Einfluß auf den Verlauf der Lungentuberkulose ausübe.

Diese Frage wurde von manchen Seiten bejaht, ebenso aber auch von den verschiedensten Autoren verneint. Es wurden hierbei aber auch verschiedene andere, besonders aber ökonomische Gesichtspunkte geltend gemacht. So sind die meisten Heilstättenärzte, deren Sanatorien im Hochgebirge liegen, energische Verfechter des Vorzuges des Höhengebirgsklimas, während die Besitzer von Heilstätten in der Ebene diesen Vorzug rundweg nicht gelten lassen. Es wurde ja in letzterer Zeit von manchen Autoren der Einfluß des Klimas auf den Verlauf der Tuberkulose ü b e r h a u p t in Abrede gestellt.

Daß diese Auffassung eine unrichtige ist, bedarf wohl keiner besonderen Beweisführung, ist es doch ganz zweifellos, daß manche, besonders begünstigte Orte, mehr Aussicht auf eine Heilung oder

Besserung der Tuberkulose bieten, wie weniger gut gelegene. K a t z sagt: „Wenn man in der Therapie der Tuberkulose möglichst ausgiebigen Genuß von Sonnenschein und reiner, staubfreier Luft, möglichste Vermeidung kalten Windes und Nebels fordert, so müssen Orte wie Davos und St. Moritz und auch geeignete Plätze des Südens unbedingt den Vorzug vor Orten unseres Klimas verdienen, die nun einmal nicht so von der Natur begünstigt sind.“

E r b spricht sich darüber folgendermaßen aus: „Ich kann nicht unterlassen, zu sagen, daß ich es nicht verstehe, wenn man neuerlich an manchen Stellen zu glauben scheint und ausspricht, daß es bei der Schwindsuchtbehandlung viel weniger auf das Klima, als auf die hygienisch diätetischen Verhältnisse ankommt. Es scheint mir zweifellos, daß es gerade zur Erzielung energischer klimatischer Wirkung eines Klimawechsels bedarf.“ Auch S e n a t o r findet die Vorteile von k l i m a t i s c h e n K u r e n. S e e k l i m a, G e b i r g s k l i m a, zu wenig gewürdigt, und betont besonders den g ü n s t i g e n Einfluß des Hochgebirgsklimas.

Die Societé therapeutique der Pariser Akademie faßte in dieser Angelegenheit folgende Resolution: 1. Die beste Behandlungsart der Lungentuberkulose ist die in Sanatorien. 2. Der beste Platz für diese ist dort, wo sich die Vorteile des Klimas mit den hygienischen und diätetischen vereinen. Die Versammlung p r o t e s t i e r t gegen die Behauptung mancher Aerzte, daß das Klima g a n z u n w i c h t i g für die Behandlung der Tuberkulose sei.

Auch W e b e r ist ein entschiedener Anhänger der Klimatherapie. Er beobachtete, daß der Verlauf der Tuberkulose in den tropischen und subtropischen Gegenden gewöhnlich viel rascher zum Tode führte, als in den gemäßigten und kalten. Ferner sah er, daß die Schwindsuchtsfälle in den Höhen von Graubünden viel langsameren und prognostisch günstigeren Verlauf nehmen, als die Fälle von Schwindsucht in den heißen Tiefgenden, die rapid verliefen. Laut E g g e r ist jedenfalls ein Unterschied im Verlaufe der Tuberkulose in den kalten Gebirgsgenden und in dem wärmeren Klima des Unterlandes zu konstatieren.

L i e b e r m e i s t e r s Ansicht nach ist das Hochgebirgsklima entschieden jedem anderen vorzuziehen; er sagt: „Es kommt ja vor, daß ein Kranker auch zu Hause gut geheilt wird; es werden auch bei uns in gut geleiteten Anstalten gute Erfolge erreicht, aber im Hochgebirge werden sie häufiger und leichter erreicht. Wer viele Kranke zu sehen bekommt, die aus den deutschen Heilstätten zu-

rückkehren und auch viele, die aus dem Hochgebirge zurückkehren, der überzeugt sich bald, daß im Hochgebirge die Heilungen und namentlich die dauernden Heilungen häufiger erreicht werden.“

Meissen leugnet entschieden jedweden Vorteil des Hochgebirgsklimas; ebenso Schröder.

Th. Williams hat eine Statistik aus einer Anzahl von zirka 1000 Patienten zusammengestellt, die in verschiedenen Klimaten behandelt wurden. Die Erfolge waren, prozentuell ausgedrückt, die folgenden: Gebessert wurden: Im Hochgebirge 83·4%, durch Seereisen 77%, an der Riviera 65%, in der Heimat 63%. Nach dieser Zusammenstellung sind die Erfolge des Hochgebirgsklimas wohl die besten. Die Erfolge des Hochgebirges überwogen auch diejenigen der Heilanstalt Falkenstein, woraus Williams den Schluß zieht, trotz der guten Resultate der Heilstättenbehandlung vermöge dieselbe doch nicht diejenigen günstigen Veränderungen im Thorax und in den Lungen zu bewirken, welche das Hochgebirge hervorzurufen imstande sei.

Schwalbe äußert sich anläßlich der Besprechung der Heilstätte Heiligenschwendi am Thunersee über das Hochgebirgsklima folgendermaßen: „Heiligenschwendi hat für mancherlei Mängel ein wertvolles Aequivalent, das den meisten deutschen Heilstätten für Lungenschwindsüchtige abgeht, nämlich das Klima. Es scheint mir notwendig, den Wert dieses Faktors zu betonen, weil in manchen Auseinandersetzungen über Volkshelstätten für Tuberkulose der Gedanke platzgreift, daß es auf die Beschaffenheit des Klimas kaum ankomme, sondern daß die Anstaltsbehandlung mit Liegekur unter allen Umständen das allein maßgebende für die Genesung der Phthisiker sei. Die aus den einzelnen Heilstätten nach Jahren veröffentlichten Berichte werden meines Erachtens lehren, daß das Klima, insbesondere das Hochgebirgsklima, noch immer zu den wesentlichen Heilmitteln der Tuberkulose zu rechnen ist, und daß unter Umständen eine mit den modernsten Mitteln des Krankenhauses ausgerüstete Heilstätte in der Ebene weniger günstige Resultate aufzuweisen hat, als eine einfache Heilstätte hoch oben in den Alpen.“

Selbstverständlich ist es nicht die Höhenlage allein, welche die klimatische Wirkung hervorbringt; es kommt noch eine ganze Reihe anderer klimatischer Faktoren hinzu. Es können verschiedene Orte die ganz gleiche Höhenlage haben und trotzdem kann der eine Ort sehr günstig für Tuberkulose sein, der andere hingegen direkt

schädlich auf diese wirken. Windschutz, Sonnenbestrahlung etc. üben einen besonderen Einfluß auf das Klima aus.

Wenn es auch feststeht, d. h. die meisten Autoren sich darüber einigten, daß die Tuberkulose im Gebirge jedenfalls günstig beeinflußt wird, so ist hiemit noch immer nicht gesagt, daß das Gebirgsklima für alle Tuberkulösen gleich geeignet ist. B r e h m e r verfocht allerdings diese Ansicht, heute wissen wir aber, daß es eine ganze Reihe von Kontraindikationen für den Gebirgsaufenthalt gibt.

E g g e r stellt für den Aufenthalt im Gebirgsklima folgende I n d i k a t i o n e n auf:

1. Prophylaxis bei hereditärer Belastung, schwächlicher Konstitution, phthisischem Habitus, vorausgegangenen und zu Tuberkulose disponierenden Erkrankungen.

2. Larvierte, unter dem Bilde der Anämie etc. erscheinende Tuberkulose.

3. Phthisis incipiens, sogenannte Spitzenkatarrhe, Infiltration der Lungenspitzen ohne Zerfallerscheinungen.

4. B e g i n n e n d e D e s t r u k t i o n: Vorhandensein von Kavernen, n u r, wenn der Substanzverlust gering, und der Krankheitsprozeß nicht in raschem Fortschreiten und mit kontinuierlichem Fieber verbunden ist.

5. Pleuritische Exsudate nicht purulenter Natur, welche keine Neigung zur Resorption zeigen.

Als K o n t r a i n d i k a t i o n e n stellt E g g e r als allgemein giltige auf:

1. Erethische Konstitution, weit fortgeschrittene Fälle mit Kavernenbildung, hektischem (?) Fieber und starker Abmagerung.

2. Ausdehnung der Infiltration etc. auf eine ganze Lunge, oder erhebliche Erkrankung beider Lungen mit allzu großer Beschränkung der Atmungsoberfläche, auch bei chronischem Verlauf.

3. Komplikation des tuberkulösen Prozesses mit hochgradigem Emphysem und Katarrh.

4. Stärkere Beteiligung des Larynx.

5. Albuminurie (chronische Nephritis, Amyloid, Tuberkulose der Nieren).

6. Nicht kompensierte Herzfehler, hochgradige kompensierte Herzfehler, Herzdegeneration, Fettherz, Arteriosklerose.

8. Darmtuberkulose; Peritonealtuberkulose.

9. Psychische Abnormitäten.

Außer diesen Gegenanzeigen stellt Egger noch einige Kontraindikationen für Kranke auf, die nicht in geschlossene Heilanstalten gehen, sondern nur einen offenen Kurort im Hochgebirge aufsuchen; es sind dies dieselben, die bei allen Kurorten gelten; da solche Kranke nur in geschlossenen Anstalten einen Erfolg erzielen können, weil sie die ständige Beaufsichtigung des Arztes erheischen. Diese sind: Diabetes, Magenkatarrh, Atonie, Potatorium, ausgesprochene Vergnügungssucht etc.

Lange Zeit hindurch wurde Hämoptöe als direkte Kontraindikation für die Kur im Hochgebirge angesehen, die Ursache hievon war die Beobachtung, daß manche Touristen, ebenso Luftschiffer, bei höherem Aufstieg Nasenbluten, überhaupt Blutungen aus den Schleimhäuten erlitten.

Turban, Spengler, Peters, Egger u. a. haben die Grundlosigkeit dieser Behauptung nachgewiesen. Spengler und Peters behaupten gerade das Gegenteil; sie haben beobachtet, daß die Lungenkranken in Davos viel weniger Hämoptöen haben, als sie in ihrer Heimat hatten.

Van Ryn hat allerdings nachgewiesen, daß zu manchen Zeiten, z. B. bei Auftreten des Föhnwindes, bei einer Anzahl von Kranken, die zu Hämoptöen neigen, diese häufig auftreten. Dem ist aber entgegenzuhalten, daß es auch in der Ebene verschiedene Perioden gibt, in welchen die Hämoptöen häufiger sind, als zu anderen Perioden. So haben wir auch in der Heilanstalt Alland einigemal plötzlich gehäuftes Auftreten von Blutungen beobachten können. Bisher wissen wir für diese Beobachtung keine strikte Erklärung.

Eine Streitfrage, die bisher noch immer nicht vollkommen gelöst ist, bildet die Frage, ob im Hochgebirge eine wirkliche oder nur scheinbare Vermehrung der roten Blutkörperchen stattfindet. Es würde den Rahmen dieser Arbeit weit überschreiten, wollten wir die verschiedenen Ansichten und Versuche hierüber anführen. Die Hauptvertreter der Ansicht, daß die Zahl der Blutkörperchen sich im Hochgebirge vermehre, sind Turban, Sokolowski, Karcher, Kündig, Roemisch, Jaquet, Schumann und Rosenquist, Egger u. a.

Gottstein, Schröder, Grawitz, Zuntz u. a. haben gegen diese Deutung der Blutbefunde entschieden Einspruch erhoben. Gottstein und Schröder behaupten, daß die Vermehrung der roten Blutkörperchen durch die Abhängigkeit der

gebräuchlichen Thoma-Zeiß'schen Zählkammer vom Luftdruck ihre Erklärung finde. Meissen zeigte, daß eine Zählkammer, die mit einem radiären Einschnitt versehen ist, infolge dessen den Luftzutritt ermöglicht, gleiche Zählungsergebnisse im Gebirge, wie in der Ebene gebe.

Tausch hat die Publikationen beider Parteien einer kritischen Betrachtung unterzogen. Die Ergebnisse dieser Betrachtung faßt er im folgenden zusammen:

1. Die in den ersten Wochen eines Gebirgsaufenthaltes eintretenden und konstant werdenden Veränderungen der Blutzusammensetzung, welche vor allem in einer Vermehrung der Erythrocytenmenge und des Hämoglobingehaltes pro Kubikmillimeter bestehen, können mit Recht als spezifische Wirkung des Höhenklimas aufgefaßt werden.

2. Man kann mit Grund dieselben in ursächlichen Zusammenhang bringen mit der Abnahme des Luftdruckes.

3. Die besprochenen Arbeiten und überhaupt alle ihnen in der Methodik gleichen — andere sind nicht aufzufinden — sind nicht geeignet, sicher entscheiden zu lassen, ob jene Vermehrung eine absolute oder relative ist.

4. Ein gangbarer Weg, diese Frage zu lösen, ist am ehesten gegeben durch eine Untersuchung, die die gesamte Blutmasse umfaßt, und das Nächstliegende wäre dann, diese so einzurichten, daß man Veränderungen des Fe-Gehaltes des ganzen Körpers und der einzelnen Erythrocyten, und Veränderungen ihrer Menge pro Kubikmillimeter während des Gebirgsaufenthaltes zu finden sucht und miteinander verrechnet. (Schluß folgt.)

REFERATE.

Interne Medizin.

Ueber die Einwirkung von Medikamenten auf die Glykosurie der Diabetiker. Von Dr. Martin Kaufmann.

Vf. hat an der Abteilung Prof. v. Noordens die Arzneistoffe geprüft, welche gegen die relative oder absolute Unfähigkeit des diabetischen Organismus, Kohlehydrate zu verbrennen, empfohlen worden sind. Es sollte untersucht werden, ob sie imstande sind,

die Toleranz für Kohlehydrate zu erhöhen und die Glykosurie zu vermindern, sei es sofort unter dem Gebrauche oder als Nachwirkung. Um ein Medikament als Antiglykosuricum bezeichnen zu dürfen, muß es 1. unschädlich sein; 2. muß bei konstanter Diät weniger Zucker ausgeschieden werden, als ohne Medikament; 3. muß bei Einleitung strenger Diät unter Beigabe des Medikaments schneller Zuckerfreiheit eintreten als ohne Medikament; 4. Zulage von Kohlehydraten darf die Zuckerausscheidung längere Zeit nicht steigern, als ohne Medikament; 5. wenn möglich, muß sich die günstige Wirkung über die Zeit der Darreichung hinaus erstrecken. Vf. teilt die in Betracht kommenden Medikamente in sechs Gruppen: Sedativa, Antifermentativa, Fermente und Organextrakte, pflanzliche Präparate, anorganische Präparate und moderne Spezialpräparate ein. Alle Mittel wurden nur unter strenger klinischer Beobachtung, nicht an ambulantem Material, geprüft.

I. *Sedativa*. 1. Das *Opium* und seine Derivate wurde an 12 Fällen geprüft. Das Mittel kann die Glykosurie manchmal ganz erheblich herabsetzen. Die besten Erfolge werden bei der trotz strenger Diät übrigbleibenden Glykosurie erzielt, doch darf nicht mit Bestimmtheit auf diesen Erfolg gerechnet werden, namentlich wenn man sich auf kleinere Opiumdosen beschränkt. Zum allgemeinen Gebrauch empfiehlt sich das *Opium* nicht. 2. *Bromkalium* wurde nur in einem Falle von geringfügiger nervöser Glykosurie, da jedoch mit gutem Erfolge gegeben.

II. *Antifermentativa*. 1. *Sublimat* wurde in Dosen von 3×0.005 — 0.01 pro die gegeben. In drei untersuchten Fällen wurde zweimal die Glykosurie günstig beeinflusst, im dritten Falle, dem leichtesten, ließ es im Stiche. Die Glykosurie sank in einem Falle von 10 g auf 1.4 g pro Tag. 2. *Phenol* wurde trotz älterer günstiger Literaturberichte wegen seiner Giftigkeit nicht gegeben und wird ersetzt durch die unschuldigen Salizylpräparate. 3. *Salizylsaures Natron* und *Aspirin*. In leichteren Fällen haben sich diese Stoffe manchmal vorzüglich bewährt. Die Toleranz stieg auffallend unter 3.0—6.0 salizylsaures Natron oder *Aspirin* im Tage; in einem Falle brachten 3.0 *Aspirin* eine leichte Glykosurie innerhalb von zwei Tagen zum Schwinden und entfaltete sogar noch nachwirkende Kraft. In 18 schweren Fällen war elfmal gar kein Erfolg, fünfmal ein höchst unbedeutender, nur zweimal ein nennenswerter zu verzeichnen. Die Salizylpräparate sind nach den zahl-

reichen Beobachtungen besonders dann angezeigt, wenn geringe, jedoch hartnäckige Glykosurien entfernt werden sollen. Außerdem wirkt die Salizylsäure gleichzeitig günstig auf Neuralgien und Pruritus. 4. Das Salol dürfte dem Aspirin gleichwertig sein. 5. Kreosot, Guajakol, Benzosal, benzoesaures Natrium, Methylhydrabinon, üben keinerlei Einfluß auf die Glykosurie. 6. Antipyrin ist ebenfalls wirkungslos, und besonders wegen häufiger Magenstörungen beim Diabetiker kontraindiziert. 7. Piperazin, Jodpräparate, Arsen, Chinin, Methylenblau scheinen sämtlich ohne Effekt zu sein.

III. Fermente und Organextrakte. 1. Bierhefe wurde in Form von Trygase in einem Falle ohne Effekt gegeben, auch 2. Diastase hat keinen Einfluß auf die Glykosurie. 3. Leberextrakt, per rectum als Filtrat einer Mazeration von 100—150 g frischer Schweinsleber in 200—250 cm³ Wasser verabreicht, scheint eine geringe Herabsetzung der Glykosurie bewirken zu können. 4. Pankreasmedikation wurde in sieben Fällen angewendet, einmal rohes Pankreas, zweimal Pankreon, viermal als Spezialpräparat und versagte stets vollkommen.

IV. Pflanzliche Präparate. 1. Jambulextrakt aus den Früchten und der Rinde von Syzygium Jambolanum wurde siebenmal angewendet, zweimal ohne, dreimal mit geringer, zweimal mit ganz entschiedenem Einfluß auf die Glykosurie. 2. Myrtille, als Teeaufguß von den Blättern bereitet, geben keine praktisch nennenswerte Resultate. 3. Leinsamentee, Bohnschalentee, von verschiedenen Seiten empfohlen, zeigten keine Wirkung auf die Zuckerausscheidung.

V. Anorganische Präparate. 1. Alkalien wurden zwar gegen die diabetische Acidosis, doch niemals als antiglykosurisches Mittel verabreicht. 2. Karlsbader Wasser. Nach vier exakten Beobachtungen kann demselben ein Einfluß auf die Glykosurie nicht zugesprochen werden. 3. Kalksalze, Uransalze, Ammoniaksalze, sind nach vorliegenden Angaben wirkungslos.

VI. Moderne Spezialpräparate. 1. Glykosolv (Lindner) in drei Beobachtungen geprüft, erwies sich als vollkommen nutzlos. 2. Sacharosolv (Meißner) hat unter vier Fällen einmal einen vermindernden Einfluß auf die Zuckerausscheidung genommen, zweimal blieb es wirkungslos, einmal stieg die Glykosurie. 3. Die Börsch'schen Jambul-

präparate: Djoeatin, Jambulin, Antimellin, versagten vollkommen.

VII. Außerdem wurden noch verschiedene, nicht näher gruppierte Medikamente: Kokain, Digitalis, Pilokarpin, Ergotin, Strychnin, Chinasäure, durchwegs ohne Erfolg, in Prüfung genommen. — (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 48, 1903.)

Zur Behandlung und Verhütung der Nierenwassersucht. Von Prof. H. Strauß.

St. hat in früheren Arbeiten feststellen können, daß bei chronischen Nephritiden im Zustande der Kompensationsstörung nicht bloß die Wasserabscheidung, sondern — und zwar nicht selten in noch höherem Grade — die Kochsalzausscheidung leidet, die Niere sich also in ihrer Ausfuhr der Zufuhr dieser Stoffe nicht anzupassen vermag. Dies steht auch in Uebereinstimmung mit den Verhältnissen bei einseitig kranken Nieren, wo der Harn der kranken Seite sowohl absolut, als prozentual geringere Kochsalzausfuhr ergibt. Der Umstand, daß dieser „Torpor renalis“ meist bei solchen Nephritikern von St. angetroffen wurde, welche mehr oder weniger ausgeprägte Zeichen von Kompensationsstörungen zeigen, führte Vf. dazu, einen Zusammenhang der zum größten Teile auf renaler Basis beruhenden Verminderung der Kochsalzausscheidung mit den Kompensationsstörungen anzunehmen. Versuche über den Salzstoffwechsel (Kochsalz, Phosphate und Sulphate) ergaben übereinstimmend bei Nephritikern mit ausgeprägten Hydropsien in der Regel 1. eine niedrige prozentuale und absolute Kochsalzausscheidung, 2. keine oder eine unwesentliche Erhöhung des Kochsalzes im Harne durch Zulage von Salzen ($10\text{ g NaCl} + 2.5\text{ N}_2\text{PO}_3 + 2.5\text{ Na}_2\text{SO}_4$) zur gleichen Diät; dagegen 3. keine Herabsetzung der Phosphat- und Sulphatausscheidung, 4. keine direkte Beziehung zwischen der Kochsalz- und Wasserausscheidung während längerer Beobachtung, 5. doch häufig eine Verminderung der Wasserausscheidung, wenn die Salzzulage nicht zu einer Vermehrung der Kochsalzausscheidung geführt hatte, 6. ein Schwinden der Oedeme, besonders dann, wenn nicht bloß eine Polyhydrurie, sondern vor allem eine Polychlorurie erzeugt wurde, in der Art, daß trotz Erhöhung der Wasserabscheidung der prozentuale Kochsalzgehalt erheblich anstieg. Diese Resultate bestätigen also noch mehr die Annahme, „daß die Hydropsien der Nephritiker“ — nicht die kardialen Hydropsien bei solchen Kranken — „nicht bloß mit einer Kochsalzretention einhergehen, sondern auch

höchstwahrscheinlich mit dieser in ursächlichem Zusammenhang stehen und daß die letztere selbst renalen Ursprungs ist“. Für das Zustandekommen der renalen Kochsalzretention dürften außer Zirkulationsstörungen auch Störungen am Epithelapparat von Bedeutung sein. Für die Therapie der nephritischen Hydropsien ergibt sich daraus die Forderung einer Einschränkung der Kochsalzzufuhr und einer Vermehrung der Kochsalzausfuhr.

Die erste Forderung wird am besten durch eine kochsalzarme Diät erfüllt. Hier ist die Milch, wenn auch nicht als ausschließliche Milchdiät, von Bedeutung. Der zweiten Forderung, Anregung der Kochsalzausscheidung, wird durch solche Diuretica entsprochen, welche außer Wasserabgabe noch in besonderem Grade die Kochsalzausscheidung zu steigern vermögen. Dies sind zunächst die Herztonika, welche durch Erhöhung der Zirkulationsgeschwindigkeit in den Nierengefäßen nicht nur die Wasserab-scheidung, sondern speziell die Kochsalzausscheidung erhöhen. Unter den Diureticis in engerem Sinne scheinen die Koffeïnpräparate, namentlich Theocin, besonders befähigt, die Kochsalzausfuhr zu verstärken. Es empfiehlt sich also, in der Behandlung der Nephritiker eine Kontrolle des Kochsalzstoffwechsels, auch bei Kranken, welche noch keine hydropischen Symptome zeigen, aus dem Grunde, weil eine Zeit lang die Kochsalzretention durch Ablagerung des Salzes und des zugehörigen Wasser in den Geweben ohne Oedeme möglich ist. Für die Praxis empfiehlt Vf. die approximative Methode der Kochsalzbestimmung von Achard und Thomas, welche innerhalb weniger Minuten auch von Ungeübten ausgeführt werden kann. Besonders ist darauf zu achten, ob das Verhältnis der prozentualen und absoluten Werte des Harnkochsalzes zur Kochsalzzufuhr ein auffallend niedriges sei und ob die Kochsalzwerte an verschiedenen Tagen, trotz eventueller Aenderung der Urinmenge und der Zufuhr auffallend gleich bleiben. — (Therap. d. Gegenw. Nr. 5, 1903.)

Diagnostische Erfahrungen mit Tuberkulin an Lungenkranken.

Von Dr. Freimuth.

Da bekanntlich in den ersten Stadien der Lungentuberkulose in zirka 70% der Fälle die Prüfung auf Bazillen negativ ausfällt und auch die physikalische Krankenuntersuchung nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf die tuberkulöse Natur

des vorliegenden Prozesses gestattet, bleibt nur die Tuberkulinreaktion als gangbarer diagnostischer Weg zurück. Als Diagnostikum empfiehlt sich nur das Koch'sche Alt-Tuberkulin. Als Infektionsmodus ist die möglichst tiefe intramuskuläre Injektion in der Glutealgegend oder zwischen den Schulterblättern zu empfehlen und sind nur ganz Fieberfreie der Tuberkulinprobe zu unterwerfen. Bei kleinen Dosen von $\frac{1}{10}$ —3 mg Tuberkulin kann man einmalige Ausschläge von 1 — $1\frac{1}{2}^{\circ}$ sicher als beweisend ansehen, ebenso solche von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}^{\circ}$, wenn sie mehrmals eintreten. Temperaturen zwischen 38 und 38.5° genügen bei diesen kleinen Dosen zur Diagnose. Je höher die Dosis ist, umso höher wird auch die Reaktion sein müssen, um als beweisend angesehen zu werden. Besonders gilt dies von der Koch'schen Grenzdosierung für die Gesunden — 10 mg. Doch geht die Reaktionshöhe nicht immer mit der Dosis vollkommen parallel, da manchmal schon nach $\frac{1}{10}$ mg Temperaturen von 39° und darüber auftreten. F. hat sich folgendes Verfahren bewährt: Anfangsdosis außen bei sehr Schwächlichen 1 mg. Hierauf bei kompletter Reaktionslosigkeit zweite Dosis 5 mg, bei auch nur angedeuteter Reaktion 3 mg; eventuell noch eine dritte Injektion mit 5—8 mg. Außer der Reaktionshöhe ist die Form der Fieberkurve zu beachten, die recht charakteristisch ist. Zunächst ist die spitze steile Kurve des Reaktionsfiebers sehr bezeichnend, die Temperatur steigt in einigen Stunden auf den Höhepunkt und fällt etwa in derselben Zeit wieder ab. Doch ist nicht ganz selten eine protrahierte Reaktion, die sich auf mehrere Tage erstrecken kann, zu beobachten. Dies scheint F. am häufigsten bei Mischinfektion vorzukommen. Sehr selten ist postponierte Reaktion, die erst nach 24 Stunden und später eintritt. Die Untersuchungen wurden an 303 Patienten der Breslauer Tuberkulosestation angestellt, von welchen 88 an manifester, durch Bazillenbefund erwiesener Lungentuberkulose litten. Die übrigen boten als Ergebnis der physikalischen Untersuchung: 29mal chronische Bronchitis ohne Bazillenbefund, viermal anscheinend reine Chlorose und andere Erkrankungen, bei dem Rest war mit mehr oder weniger großer Sicherheit die Diagnose auf Lungentuberkulose zu stellen. In der ersten Gruppe war wegen positiven Bazillennachweises die Injektion zur Diagnose überflüssig. In der zweiten Gruppe fiel bei drei Emphysematikern und zwei Fällen chronischer Bronchitis die Reaktion positiv aus, in welchen Fällen schon vorher Verdacht auf latente Tuberkulose bestand. In den 139 Fällen von mehr weniger

wahrscheinlich diagnostizierter Tuberkulose fiel in der Mehrzahl (108) die Reaktion positiv aus. Meist war auch Lokalreaktion (Zunahme der Dämpfung, der Rasselgeräusche, des Auswurfes) vorhanden. Sehr wichtig ist, daß der nach der Injektion vermehrte Auswurf in einer ganzen Anzahl von Fällen vorübergehend Tuberkelbazillen enthielt. In 17 Fällen handelte es sich um eine durch Chlorose maskierte Tuberkulose, welche sämtlich prompt reagierten, also klinisch und therapeutisch besonders wichtig und interessant sind, weil die sonst unmögliche Diagnose ausschließlich durch die Tuberkulininjektion gestellt werden konnte. Im allgemeinen kann behauptet werden, daß frische und aktive Formen der Lungentuberkulose mit gesetzmäßiger Regelmäßigkeit auf Tuberkulin reagieren, während bei längerer Dauer der Lungenkrankung in gutartig verlaufenden Fällen offenbar eine Art Autoimmunisierung des Körpers gegen das Tuberkulosegift eintritt, welche die Reaktion auf die kleinen diagnostischen Dosen verhindert. Selbstverständlich ist ein solches Verhalten bei vollkommen ausgeheilten Tuberkulosen, wo ja auch nur mehr Narbengewebe vorhanden ist und Bazillen nicht mehr enthalten sind. Häufiger sind jedoch die unvollkommenen Heilungen, wo sich selbst positiver Bazillenbefund mit negativer Tuberkulinreaktion verbinden kann. Die leichteren Fälle dieser Art haben meist bazillenfreien Auswurf. Die physikalischen Zeichen sind dann gewöhnlich gering und die Erkennung dieser Formen ebenso schwierig, wie die der Phthisis incipiens. In 31 Fällen dieser Art bestand nur eine verminderte, aber keine aufgehobene Tuberkulinempfindlichkeit, erst auf relativ hohe Dosen, 8—10 mg, steigt die Temperatur auf zirka 38°. Vollkommene Reaktionslosigkeit wurde nur in sechs Fällen konstatiert. Nach mehrjähriger Erfahrung an über 1000 Kranken kann die Injektion von Tuberkulin als vollkommen ungefährlich bezeichnet werden. Sie ist daher als das zuverlässigste Hilfsmittel der Frühdiagnose der Tuberkulose zu bezeichnen und zu empfehlen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 1903.)

Beiträge zur Erklärung der günstigen Wirkung der Bettruhe auf das Fieber der Phthisiker. Von Pickert.

Unter anderen Momenten hat man für den guten Einfluß der Bettruhe auf das Fieber den Grund darin gesucht, daß bei der gleichmäßigen, horizontalen Lage im Bett für die Lungen Zirkulationsverhältnisse geschaffen werden, die der bei Knochentuberkulose zweifellos günstig wirkenden Stauungshyperämie in gewissem

Sinne sehr ähnlich sind. Ist diese Theorie richtig, so muß umgekehrt Fieber eintreten oder sich steigern, wenn an Stelle der Hyperämie eine gewisse Anämie der Lungen tritt. Dies ist nun tatsächlich der Fall. Läßt man Phthisiker, die eine Reihe von Wochen gelegen haben und eben fieberfrei oder annähernd fieberfrei geworden sind, einige Zeit außerhalb des Bettes sitzend zubringen, so kann man häufig beobachten, daß unter sonst gleichen Umständen die Körpertemperatur sich ganz wesentlich anders verhält, je nachdem die Kranken beim Sitzen die Füße auf dem Boden ruhend oder horizontal gelagert haben, wo also in ersterer Stellung venöse Hyperämie der Beine mit konsekutiver Verminderung der Blutmenge in den oberen Körperteilen, also auch den Lungen, eintritt. Systematisch hierüber angestellte Versuche ergaben Differenzen bis zu $1\frac{1}{2}^{\circ}$ an den einzelnen Tagen, und zwar fallen die höchsten Temperaturen stets auf die Tage, wo keine Horizontal-lagerung der unteren Extremitäten eingehalten wurde. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 19, 1903.)

Ueber die hämostatische Wirkung der Gelatineinjektionen bei Typhus abdominalis. Von Hugo Pribram.

Es wurden sechs Fälle von Abdominaltyphus mit Darmblutungen mit Gelatine (20 cm³ 10—15% sterilisierter Lösungen) behandelt. Es ergaben sich folgende Resultate: Zweimal blieb die Blutung nach der Injektion völlig aus, einmal traten einen Monat nach dem Stillstand der ersten erneute Blutungen auf. Auch diesmal war die Injektion von Erfolg begleitet.

Dreimal kam es unmittelbar nach der Injektion noch zu Blutungen, die sich in dem einen Falle nicht weiter wiederholten, in dem anderen auf wiederholte Injektion sistierten, im letzten zum Exitus letalis am folgenden Tage führten. Da eine momentane Wirkung der Gelatine mit Rücksicht auf die zur Resorption notwendige Zeit nicht zu erwarten ist, sind auch der zweite und der vorletzte Fall als erfolgreich zu betrachten. Der letzte Fall kommt wegen des rasch eingetretenen Todes für die Wirksamkeit der Gelatine kaum in Betracht.

Hält man diesen Erfahrungen den Verlauf der Typhusblutungen auf der Klinik aus einer der Anwendung der Gelatine vorausgehenden Periode gegenüber, so finden sich für 1900 bis 1902 folgende Resultate: Unter 16 Fällen von typhösen Enterorrhagien standen in acht Fällen die Blutungen prompt (siebenmal bei Anwendung von Unna'schen Pillul. tannic., einmal bei Injektion von

Ergotin), in vier Fällen standen die Blutungen, nachdem sie sich des öfteren wiederholt, in einem Falle sogar vier Tage lang gedauert hatten (dreimal Pillul. tannic., einmal Pillul. tannic. und Ergotin), in vier Fällen wiederholten sich trotz Darreichung von Tanninpillen die Blutungen, und einen bis vier Tage später erfolgte der Exitus.

Ohne aus diesen Resultaten bei der verhältnismäßig geringen Zahl von Fällen mit Gelatinetherapie einen sicheren Schluß ziehen zu wollen, so scheint es doch, daß seit Anwendung der Gelatine die Blutungen an Dauer und Gefährlichkeit eingebüßt haben.

Aus obigen Betrachtungen geht hervor, daß die subkutane Applikation von Gelatine sich bei Beobachtung aller zu berücksichtigenden Kautelen einerseits als unschädlich, andererseits als ein bei typhösen Darmblutungen brauchbares Hämostaticum erweist. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 20, 1903.)

Physikalische Therapie.

Ein Apparat zur Application localer Kälte im weiblichen Genitaltrakt. Von Dr. Stroynowski.

St. hat einen Apparat konstruiert, der es ermöglicht, per vaginam lokale Kälte auf das weibliche Genitale zu applizieren. Derselbe besteht im wesentlichen aus einem platten Metallknopf, in den zwei mit Gummischläuchen in Verbindung stehende Bleiröhren münden, die Eiswasser zu-, respektive abführen. Der Apparat wird in sterile Gaze gewickelt und in die Vagina bis zum Muttermund eingeschoben. — (Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 50, 1902.)

B.

Theoretisches und Praktisches über locale Wärmeapplication. Von Dr. Davidsohn.

Vf. hebt auf Grund reicher Erfahrung die Vorzüge der von ihm angegebenen Gummischlauchkissen gegenüber den Zinnröhrenthermophoren von Groß hervor, weil erstere in jeder Form hergestellt werden können. Als Wärmeleitungsmittel hat D. Sand, Hafergrütze und Fango angewendet und gefunden, daß Sand ganz besonders für trockene Hitze anwendbar ist, während die beiden letzteren als Behälter feuchter Wärme sich eignen. Letzteres gilt ganz besonders vom Fango. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 7, 1903.)

B.

Ueber Herzmassage. Von Dr. Boureau.

B. hat die bis jetzt veröffentlichten Fälle von Herzmassage am bloßgelegten Herzen, die nach der Methode von Prus in Fällen von Herzstillstand während der Narkose mehrfach geübt wurde, einer Kritik unterzogen und gefunden, daß es auch dieser Methode nicht gelungen ist, das Herz dauernd zur Arbeit anzuregen. Zwar erwachten in den meisten Fällen die Patienten aus der Synkope und das Herz schlug einige Zeit regelmäßig; in allen Fällen aber hörte in mehr oder weniger kurzer Zeit die Herzthätigkeit ganz auf. Die Bloßlegung selbst wurde entweder nach temporärer Rippenresektion oder vom Abdomen durch das Zwerchfell vorgenommen. Die erstere Methode hat den Nachteil, daß oft Pneumothorax herbeigeführt wird, was schon allein eine gefährliche Komplikation darstellt. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 8, 1903.)

B.

Allgemeine locale Applicationen von überhitzter Luft. Von Dr. G. Lyon.

Diese Heilwirkung der überhitzten Luft beruht auf einem Reiz auf die Zirkulation, indem die Haut und ihre Drüsen zu erlöheter Funktion und so zur Eliminierung von angesammelten toxischen Produkten angeregt wird. Auch übt sie eine beruhigende Wirkung auf die Hautnerven aus, wodurch schwere Neuralgien, die jeder anderen Heilmethode trotzten, zum Verschwinden gebracht werden. Zur Applikation der überhitzten Luft sind verschiedene Apparate konstruiert worden, so der von Dowsing, Lindeman, Tallerman u. a. Beim Dowsing'schen Apparat wird die Wärme durch einen elektrischen Strom erzeugt, der durch den von Dowsing erfundenen Faden einer luftleeren Glühlampe fließt. Die Lampe ist mit beweglichen Reflektoren verbunden, die es ermöglichen, jede beliebige Körperstelle dem strahlenden Lichte auszusetzen. Es können bei diesem Apparate Temperaturen von 150 bis 200° C. erreicht werden, ohne daß der Patient irgend ein Unbehagen verspüren würde. Im Elektrotherm von Lindeman wird die Hitze durch den Widerstand des durch ein System von Röhren (Rheostat) fließenden elektrischen Stromes erzeugt. — Beim Tallerman'schen Apparat wird die Wärme mittels Bunsengasbrenner erzeugt. Der Patient steckt das zu behandelnde Glied in einen mit Asbest ausgekleideten luftdicht verschlossenen kupfernen Kasten, in dessen Inneres ein Thermometer hineinreicht.

Andere Apparate sind der Mikro-Heißluftkauter von

E. Holländer und der Apparat von Lermoyez und Mahu für Nasen- und Ohrenkrankheiten. Als Wärmequelle wird ein spiralförmig gewundenes Metallrohr, das durch einen Bunsenbrenner erhitzt wird, benützt, das mit einer Stahlflasche verbunden ist, die mit unter einem Druck von 120 Atmosphären komprimierter Luft gefüllt ist. — Allgemeine Indikationen sind: Gicht, Rheumatismus, Fettleibigkeit, namentlich wenn Albuminurie besteht, etc. Indikation für lokale Applikation: Arthritis, Synovitis, gonorrhöische Arthritis, Fungus, Lumbago etc., Neuralgien, wie Ischias, Neuritis, Ulcus cruris, Gumma, Ulcus molle, Lupus vulgaris, essentieller Pruritus, Metritis, Ozaena, die verschiedenen Coryzaformen, Affektionen der Nase und des Pharynx, z. B. Catarrhus tubo-tympanicus, Otitis media cat. — (Revue de Thérapeutique Nr. 16, 1902.) B.

Beitrag zur Wirkung der Moorbäder bei Herzmuskelerkrankungen auf Grund von Blutdruck und neuramöbimetrischen Messungen. Von Dr. Loebel.

Vf. wendet sich gegen das Vorurteil der Aerzte, die Moorbäder als Kurbehelf bei Erkrankungen des Herzens anzuwenden, da die Moorbäder in Bezug auf ihre Wirkung auf Puls, Blutdruck, Respiration und Stoffwechsel denselben physikalischen Gesetzen wie die gewöhnlichen Wasserbäder unterworfen sind. Er meint, bei Beurteilung der Wirkungsweise der Moorbäder müsse man bloß die Puls- und Respirationsfrequenz, den Blutdruck, respektive die Temperaturveränderungen des Organismus berücksichtigen. Vf. fand nun, daß die Moorbäder in der Tat eine Erleichterung der Herzarbeit, sowie eine Herabsetzung der Erregbarkeit des Zentralnervensystems bewirken und schließt daraus die Berechtigung, die Moorbäder bei Schwächezuständen des Herzmuskels anzuwenden, um denselben zu entlasten, als auch bei funktionellen Erkrankungsformen infolge gesteigerter Erregbarkeit des Zentralnervensystems, also bei Herzneurose, Arteriosklerose, Cor adiposum.

Er hält jedoch die hydropischen Kompensationsstörungen als Kontraindikation dieser Methode, weil bei diesen Zuständen der Blutdruck ein niedriger ist. In diesen Fällen hält er die kohlen säurehaltigen Bäder für zweckmäßig. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. Nr. 7, 1902.) B.

Chirurgie.

Ischias, ihre Behandlung mittels der Nervinsarkokleisis, Einlagerung der Nerven in Weichteile und ihre Ursache. Von Prof. Bardenheuer.

Vf. hat in fünf Fällen ein von ihm angegebenes Verfahren zur Behandlung der Ischias angewendet. Die Operation besteht in partieller Resektion der Synchondrosis sacro-iliaca, und zwar ihres unteren Abschnittes, der Befreiung der Nervenwurzeln von dem Drucke seitens der knöchernen Wände der Canales sacrales, also Einlagerung der Nerven in Weichteile (Nervinsarkokleisis).

Die Resultate der Operation waren vollkommen gute. Obwohl in einem Falle vier Jahre, in dem jüngsten $1\frac{1}{2}$ Jahre seit der Operation verstrichen sind, blieben alle Operierten frei von jedem, auch dem geringsten Schmerzanfalle, selbst von jeder Andeutung einer Schmerzempfindung.

Vf. bespricht außerdem die pathologische Anatomie und die Symptomatologie der traumatischen Form dieser Krankheit, wobei aber Vf. den Begriff des Traumas viel weiter faßt, als dies gewöhnlich geschieht. Er zählt dazu das lange Gehen auf holprigem Boden, das viele Fahren auf der Eisenbahn oder in schlecht federndem Wagen und nimmt als erste pathologisch-anatomische Ursache die venöse Hyperämie, meist entstanden durch ein Trauma oder einen häufig wiederkehrenden traumatischen Reiz oder durch eine andere Ursache an. Das konstanteste Symptom ist heftiger Schmerz gegen den digitalen Druck auf die Austrittsstelle der Nervenwurzeln aus den vorderen Sakrallöchern.

Gleichzeitig schlägt Vf. vor, die von ihm ausprobierte Methode der Befreiung vom Druck seitens des Knochenkanals auch auf die Behandlung der Trigeminalneuralgie auszudehnen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 67.)

Ueber Darmstenose nach Brucheinklemmung. Von Dr. Göbell.

Trotz der Fortschritte in der Erkenntnis der pathologisch-anatomischen Zustände des inkarzerierten Darmes und in der Beurteilung seiner Lebensfähigkeit, ist die Prognosis quoad restitutionem ad integrum nicht in allen Fällen von Darmeinklemmung richtig zu stellen. Selbst wenn der inkarzeriert gewesene Darm unter den Augen des Operateurs sich erholt, kann sich noch später eine Stenose an dieser Stelle entwickeln.

Vf. hat einen solchen Fall beobachtet. Es handelte sich um eine elf Stunden dauernde elastische Einklemmung des Dünndarmes, welche durch Herniotomie gehoben wurde; der Darm wurde reponiert, glatter Verlauf; drei Wochen nach der Operation stellten sich nach vorübergehender Diarrhöe die ersten Zeichen der Darmverengung ein. Die Erscheinungen der Stenose wurden immer ärger, die Patientin kam in ihrer Ernährung sehr stark herunter, hatte sehr häufige Kolikanfälle mit sichtbarer Dünndarm-peristaltik und mußte schließlich sechs Wochen nach der Herniotomie wieder operiert werden. Bei der Operation fand sich an der inkarzeriert gewesenen Stelle eine Darmstenose mit starker Erweiterung des zuführenden Darmschenkels. Resektion der verengten Darmpartie. An dem stenosierten Darm wies die mikroskopische Untersuchung eine beträchtliche Geschwürsbildung, Zeichen frischerer und älterer Entzündung, starke fibröse Veränderung der Wand nach. Die Patientin wurde geheilt.

In prophylaktischer Hinsicht empfiehlt Vf. nur ganz sicher lebensfähigen Darm zu reponieren, und bei verdächtigem Darm eher eine Resektion zu viel, als eine zu wenig zu machen. Die Möglichkeit der Ausbildung einer Darmstenose spricht eine ernste Sprache gegen die Taxis bei Inkarzerationen. Ein eingeklemmter Darm ist ein zu gefährlich Ding, man darf ihn nicht im Dunklen behandeln. Die Taxis sollte nach Ansicht des Vf. nur noch bei alten Leuten ausgeführt werden, die so heruntergekommen sind, daß sie nicht einmal mehr eine Herniotomie unter Infiltrationsanästhesie vertragen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 67.)

Beitrag zur Leberchirurgie. Von O. Hildebrand.

Obwohl Leberabszesse, die in unserem Klima entstanden sind, selten beobachtet werden, hatte Vf. Gelegenheit, vier Fälle von nicht tropischem Leberabszeß zu operieren. Die Ursache der Abszesse war eine verschiedene: im ersten Falle war ein Gallenstein die Ursache, im zweiten Falle war dies zweifelhaft, vielleicht trat eine Infektion vom Darne ein, im dritten Falle waren es wohl wieder Gallensteine, die vielleicht in der Leber saßen. Die Aetiologie des vierten Falles war eine ganz andere. Hier handelte es sich um eine Bauchquetschung durch Ueberfahrenwerden. Während im Anfang die Erscheinungen der Quetschung und Blutung im Vordergrunde standen, trat am fünften Tage kontinuierliches hohes Fieber ein, es entwickelte sich ein Abszeß, der zirka $\frac{1}{2}$ l Eiter enthielt und mit Massen nekrotischen Lebergewebes gemischt

war. Alle Abszesse sind auf operativem Wege eröffnet worden. Der Erfolg war in drei Fällen ein guter; die Patienten sind vollständig geheilt worden. Nur der Patient mit dem traumatischen Leberabszeß ging zwei Tage nach der Operation an den Folgen des Abszesses zugrunde. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 67.)

Behandlung von Mißbildung der Gesichtsknochen mittels plastischer Operationen und Immediatprothesen. Von Prof. Dr. Vallas und Dr. Martin.

Die Vf. teilen einen sehr interessanten Fall von Schußverletzung des Ober- und Unterkiefers und der Nase mit, bei welcher eine kombinierte Behandlung mittels Plastik und Einlagen von Prothesen sofort nach der Operation sich auf das glänzendste bewährt hat.

Zur Zeit, als die Vf. den Patienten in die Behandlung übernahmen, waren bereits mehrere Monate nach der Verletzung verflissen und es bestanden mehrfache Frakturen des Oberkiefers, die größtenteils in falscher Stellung ausgeheilt waren. Ein Fragment des Oberkiefers mit den Schneidezähnen war in ganz abnormer Weise nach vorne gestellt; ein Fragment an der rechten Seite mit den Molaren und den Premolaren war nach innen verschoben, so daß die Zähne aus dem Gaumen herauszuwachsen schienen. Außerdem bestand eine breite Kommunikationsöffnung zwischen Mund und Nase. Am Unterkiefer fehlte das zentrale Stück und die beiden Kieferhälften waren pseudarthrotisch mit einander verbunden. Der ganze Mundhöhlenboden war zu einer festen Narbe verwandelt, so daß die Zunge gar nicht bewegt werden konnte. Die Ernährung des Patienten war sehr erschwert, da Patient weder die Zunge bewegen, noch kauen konnte; er mußte sich daher nur von Flüssigkeiten nähren.

Nachdem ein plastischer Ersatz des Mundhöhlenbodens ohne Erfolg versucht wurde, entschlossen sich die Vf., da die linke Unterkieferhälfte nach der Seite ganz verschoben war, zur Resektion derselben und zum Ersatz derselben durch eine sofort nach der Resektion eingelegte Prothese. An diese Prothese wurden dann dicke Metallplatten angelötet, welche einen dauernden Druck auf die Narbe am Mundhöhlenboden ausübten und auf diese Weise Schritt für Schritt die Zunge von dem narbig geschrumpften Mundhöhlenboden befreiten.

Behufs Verbesserung der Stellung der Oberkieferfragmente wurden vor allem die nach dem harten Gaumen zu verschobenen

Zähne extrahiert, dann wurde der nach vorne verschobene Teil mit den Schneidezähnen mobilisiert, nach rückwärts gelagert und hier vermittels einer Prothese bis zur Heilung fixiert. Die Prothese wurde an eine Platte befestigt, die den harten Gaumen bedeckte und gleichzeitig die Kommunikation mit der Nase aufhob.

Auf diese Weise gelang es den Vf., mittels der kombinierten chirurgischen und zahntechnischen Behandlung bei einer so schweren Verletzung, wie die oben beschriebene, ein recht gutes funktionelles Resultat zu erzielen. — (Revue de Chir. Nr. 3, 1903.)

Beitrag zur Myositis ossificans. Von Dr. Borchard.

Vf. teilt zwei Fälle von Myositis ossificans, die im Anschluß an einmaliges Trauma sich entwickelt haben und die in der dritten Woche nach dem Unfall operiert wurden, mit. In einem Falle betraf die Verknöcherung den Musculus masseter, von welchem zwei Drittel entfernt werden mußten; im zweiten Falle war ein Knochen im Musculus vastus zu konstatieren. Die neugebildeten Knochen lagen nirgends dem Periost an und dieser Befund, sowie die mikroskopische Untersuchung bewiesen, daß die Verknöcherung nicht durch Abreißen von kleinen Perioststücken entstanden sind und daß die Knochenbildung vom Perimysium ausging. Der operative Erfolg war in beiden Fällen ein sehr guter; sofort nach Exstirpation der Verknöcherung aus dem Masseter konnte der Patient den Mund weit aufmachen und dieser Erfolg blieb erhalten. In keinem der operierten Fälle trat ein Rezidiv auf. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 68, Nr. 1 und 2.)

Ueber die Wirkung intravenöser Collargolinjektionen bei septischen Erkrankungen. Von Dr. Hermann Schmidt.

Vf. berichtet aus der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Dresden über sehr günstige Erfolge der intravenösen Injektionen bei den verschiedensten septischen Prozessen. Die der Arbeit beigegebenen Temperaturkurven zeigen den jedesmaligen jähen Temperaturabfall im Anschluß an die Injektion. Häufig geht aber das Fieber nochmals in die Höhe und es wird notwendig, nach 12—24 Stunden eine neue Injektion zu machen. Außerdem besserte sich nach der Injektion stets das Allgemeinbefinden, die Patienten schiefen ruhig ein, der Kopfschmerz hörte auf; häufig war ein starker Schweiß ausgebrochen. Nach den Injektionen mit dem früher gebräuchlichen Präparat, welches in Wasser nicht vollkommen löslich war, beobachtete man häufig

Schüttelfröste, welche bei Benützung des neuen Präparats nicht mehr beobachtet wurden.

Während in der Tierheilkunde für die Injektionen die Vena jugularis bevorzugt wurde, wurde die Injektion beim Menschen in eine Extremitätenvene gemacht. Die Injektion wird mit der Pravaz'schen Spritze nach leichter zentraler Abschnürung der Extremität behufs Sichtbarmachung der Vene ausgeführt. Nur bei fettleibigen Personen ist es notwendig, die Vene durch einen Schnitt bloßzulegen, um leicht und sicher in das Lumen zu gelangen. Die Injektion wird langsam gemacht, und zwar derart, daß jede 5—10 Sekunden der Spritzenstempel um 1—2 Teilstriche vorgeschoben wird. Die Konzentration der Lösung betrug 2—5%. Die gewöhnlich auf einmal eingespritzte Menge betrug 0·05—0·1 Kollargol. Das Verfahren ist sehr einfach und für den praktischen Arzt sehr leicht ausführbar.

Zur Erklärung der Wirkung wurden verschiedene Hypothesen herangezogen, u. a. auch die Behauptung aufgestellt, daß das Silber die Mobilmachung und Neubildung von Leukozyten bewirkt und durch die Antikörper dem Organismus zuhilfe kommt. Dieser Auffassung widerspricht Vf. auf Grund seiner Leukozytenzählungen vor und nach der Injektion. Er glaubt, daß es sich hier um eine im Blute entfaltete antiseptische Wirkung des Kollargols handelt, welches nach der angestellten bakteriologischen Untersuchung noch in einer Verdünnung von 1 : 80.000 entwicklungshemmend auf Bakterien wirkt.

Vf. hat das Verfahren bei Osteomyelitis septica, Appendicitis perforativa, Erysipelas phlegmonosum, bei Septikämie, natürlich mit gleichzeitiger Entleerung des Infektionsherdes mit gleich gutem Resultate benützt. Außerdem waren auch Erfolge zu verzeichnen bei Polyarthrits septica mit Endokarditis und bei Puerperalsepsis. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15 und 16, 1903.)

Ein Fall von Nervenpfropfung des Nervis facialis auf den Nervus hypoglossus. Von Prof. Körte.

Die von Letievant empfohlene Nervenpfropfung (Greffe nerveuse) wurde an den Extremitätennerven einigemal ausgeführt. An den Gehirnnerven wurden diese Operationen in einem Falle, aber ohne Erfolg am Menschen ausgeführt; hingegen gelang es Manasse an Präparaten, die von Tieren stammten, den direkten Uebergang von Fazialisbündeln in den Nervus accessorius nachzuweisen.

Auf diese gelungenen Tierversuche stützte sich Vf. und führte an Menschen die seitliche Verbindung des Nervus facialis mit dem Nervus hypoglossus aus. Es handelte sich um eine 38jährige Patientin, die an Karies des Schläfenbeines litt und bei welcher Vf., um die Operation radikal auszuführen, den Nervus facialis am Foramen stylo-mastoideum durchtrennen mußte. Da unter den vorgefundenen Verhältnissen an eine Wiedervereinigung des N. facialis nicht zu denken war, hat Vf. den N. hypoglossus freigelegt und das periphere Fazialisende vermittels zweier Katgutnähte seitlich an den Hypoglossus angelegt.

Ein halbes Jahr nach der Operation bestand totale Fazialisparalyse, dann erst traten zum erstenmal Spuren aktiver Beweglichkeit auf. Diese, sowie die elektrische Erregbarkeit, hat sich seitdem langsam, aber stetig gebessert, so daß jetzt der Mundwinkel deutlich aktiv bewegt werden kann. Es werden also Willensimpulse vermittels des Nerv. hypoglossus auf die Gesichtsmuskeln weitergeleitet. Es ist vom physiologischen Standpunkt sehr interessant, daß die Ganglienzellen des Hypoglossuskernes die Fähigkeit erlangten, unter dem Einflusse des Willens die Kontraktion von Muskeln zu veranlassen, deren ursprüngliches Nervenzentrum ein anderes war. Ob hierbei Verbindungen zwischen den beiden Ganglien gebieten im Spiele sind, oder ob durch Willen, Anpassung, Gewöhnung, die Nervenzentren die Fähigkeit erwerben, das ihnen angegliederte Muskelgebiet in Kontraktion zu versetzen, kann Vf. nicht entscheiden.

Durch die Naht hat auch der Nervus hypoglossus gelitten. Außer der Fazialisparalyse konnte nach der Operation eine Parese der entsprechenden Hypoglossusseite konstatiert werden. Die Zunge wich nach der Seite ab; diese Paresen des N. facialis und N. hypoglossus verursachten in den ersten Wochen nach der Operation Schluckbeschwerden, die sich aber allmählich besserten. Außerdem trat eine Atrophie der entsprechenden Zungenhälfte ein. Da also die Störungen von Seite des paretischen Hypoglossus sich unangenehm bemerkbar machen können, rät Vf. statt des Hypoglossus den N. accessorius, welcher weniger wichtige Funktionen besitzt, für die Nervenpfropfung zu verwenden. Diese Operation bietet keine größeren technischen Schwierigkeiten als die erste.

Interessant ist ferner, daß bei der Patientin 11½ Monate nach der Operation noch Mitbewegungen in der Zunge bei will-

kürlicher Gesichtsmuskelkontraktion und umgekehrt auftraten. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17, 1903.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber vaginale Myomoperationen. Von Engelmann.

An der Hand des einschlägigen Materials der Bonner Klinik, das sorgfältig gesichtet und zusammengestellt ist, gibt Vf. einen Ueberblick über die daselbst herrschende Anschauung betreffs der Myome und deren Therapie. Die Gefahr bei kleinen Myomen besteht in der Blutung. Wo keine Blutung auftritt, da ist auch keine Gefahr. Zessieren die Menses, dann kommt es gewöhnlich auch zur anhaltenden Besserung. Sind die Myome groß, dann ist die Aussicht auf spontane Besserung fast ausgeschlossen, weil sie auf dem Wege ihrer Umbüllung durch in derselben verlaufende Gefäße ausgiebig ernährt werden. In solchen Fällen ist die Anwendung von Ergotin nicht nur nicht vollkommen aussichtslos, sondern auch gefährlich, und ist der operative Weg als einzig richtiger therapeutischer Behelf zu betreten. Selbstverständlich ist, soweit die Möglichkeit vorliegt, vaginal zu operieren. Als Bedingung hiefür wird verlangt, daß die Vagina genügend weit ist und daß die Geschwulst Kindskopfgröße nicht überschreite, vollkommen frei beweglich und regelmäßig gestaltet sei. Die Ligaturmethode wird vorgezogen, wegen Bequemlichkeit für die Patientin. Die Adnexe sollen nur dann entfernt werden, wo es keine besonderen Schwierigkeiten verursacht. Fritsch pflegt die Bauchhöhle zu drainieren und den Tampon 10—14 Tage liegen zu lassen. Bei submukösen Myomen wird versucht, zu enukleieren, wobei die Gebärmutter nicht mit Laminaria erweitert wird, sondern die Zugänglichkeit durch einen tiefen hinteren und mehrere weniger tiefe seitliche oder radiäre Einschnitte geschaffen wird. Ebenso wird versucht, bei Vorhandensein von subserösen Myomen, wenn irgend möglich, den Uterus zu erhalten und dieselben auf dem Wege der hinteren oder vorderen Kolpotomie zugänglich gemacht. In 40 Fällen wurde total exstirpiert mit einem Todesfall am zwölften Tage wegen Insuffizienz des Herzens und dabei folgendermaßen vorgegangen: Die Portio wird angehackt und heruntergezogen, dann quer und seitlich umschnitten. Nachdem die Blase hochgeschoben, werden die Parametrien und der untere Teil des Ligamentum latum unter-

bunden und durchtrennt, hierauf die Uterina und ihre Aeste versorgt. Hierauf wird die vordere Uteruswand eingestellt und durch Specula und Plattenhacken eingestellt. Hierauf wird morcelliert, wobei man beim Ausschneiden der Stücke vermeiden muß, zu weit nach außen zu kommen. Die ausgeschnittenen Stücke sollen die Form von Melonenschnitten haben und Wallnußgröße nicht überschreiten. Sieht man die vom Uteruswinkel abgehenden Ligamente, so sind sie sorgfältig abzubinden und zu durchtrennen. Ist es unmöglich, von der vorderen Wand zum Ziele zu gelangen, so kann man versuchen, das Myom von der hinteren Wand anzugehen oder die Cervix spalten. Vaginal- und Peritonealrand sind gut zu vernähen. Die Nähte und Unterbindungen sollen erst vom vierzehnten Tage ab in vorsichtigster Weise entfernt werden, was nicht hindert, die Patienten von der Klinik zu entlassen. Dieselben müssen sich dann an bestimmten Tagen wieder an der Klinik vorstellen. Sind sehr starke Blutverluste der Operation vorausgegangen, dann sollen unter Umständen selbst während der Operation subkutane Salzwassereinläufe gemacht oder Nährklysmen verabreicht werden. Die Dauererfolge sind als gute zu bezeichnen. — (Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 305. Breitkopf & Härtel, Leipzig 1902.)

Königstein.

Beitrag zur Behandlung der Retrodeviationen des Uterus durch intraabdominale Verkürzung der runden Mutterbänder. Von Hires.

Vorerst gibt Vf. einen Ueberblick über die verschiedenen üblichen Operationsmethoden und geht dann auf das von D o l é r i s angegebene Verfahren über, das er ausführlich beschreibt. Das Abdomen wird durch einen Medianschnitt, welcher 8—10 cm lang ist, eröffnet, jedoch sollen 2 cm des unteren Teiles der Linea alba erhalten bleiben. Hierauf wird das Genitale inspiciert, etwa vorhandene Adhäsionen der Gebärmutter gelöst und dieselbe in die richtige Lage gebracht. Hierauf werden die Ligamenta rotunda vorgezogen und durch Schlitze, welche jederseits lateral von dem stehengebliebenen Stück der Linea alba angelegt wurden, hindurchgezogen und durch Nähte fixiert. Vf. ist der Ansicht, daß die Methode, welche von D o l é r i s angegeben und ausschließlich geübt wird, sämtlichen Fixationsmethoden überlegen ist. Die Verhältnisse, die durch diese Operation geschaffen werden, kommen der Norm ziemlich nahe, und treten weder Schmerzen, noch Geburtsstörungen, wie nach der Ventrofixation und Vaginofixation, auf. Mit der A l e x a n d e r - A d a 'sehen Operation verglichen,

hat sie den Vorteil, daß die Adnexe besichtigt und etwaige Adhäsionen gelöst werden können. Trotzdem Vf. über 60 Fälle verfügt, die nach der Methode von Doléris operiert wurden und die zum Teil eigenes, zum Teil fremdes Material sind, ist er derzeit doch nicht instande, über die Dauerresultate zu berichten, doch sind die momentanen Erfolge als gute zu bezeichnen. — (Pariser Dissertationen, Jahrg. 1902.) Königstein.

Ueber diaphoretisches Heilverfahren bei Osteomalacie. Von Schmidt.

Vf. berichtet über zwei Fälle von typischer puerperaler Osteomalacie, bei welchen er durch Anwendung von Heißluftbädern mittels Phenix à l'air chaud soweit Heilung erzielen konnte, daß die Patienten ihre häuslichen Arbeiten ohne Beschwerden verrichten konnten. Beide Kranke waren durch ihr Leiden arbeitsunfähig, respektive dauernd bettlägerig geworden und konnten somit ihren häuslichen Verrichtungen nicht mehr nachkommen. In einem der beiden Fälle waren auch schon ausgesprochene osteomalacische Beckenveränderungen nachzuweisen. Der Zweck dieser Behandlungsart ist, eine intensive diffuse Hauthyperämie zu erzeugen, um dadurch die hyperämisierten Gefäßbezirke des Periostes und des Knochenmarkes zu entlasten. Es liegt übrigens auch die Vermutung nahe, daß die reichliche Ausscheidung organischer Säuren als Heilfaktor in Rechnung zu ziehen ist. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 27, 1901.) Königstein.

Ueber die Verkalkung der Fibromyome des Uterus. Von Guibé

Nach den Erfahrungen des Vf. verkalken zumeist die subserösen und interstitiellen Myome, und tritt die Verkalkung in der Regel erst nach dem 50. Lebensjahre auf. Die chemische Untersuchung der verkalkten Partien ergibt hauptsächlich das Vorhandensein von phosphorsaurem Kalk. Die Tumoren beginnen zumeist vom Zentrum aus zu verkalken. Was die Symptome betrifft, so können solche verkalkte Myome das ganze Leben hindurch bestehen, ohne irgendwelche Beschwerden zu verursachen, während andere heftige Schmerzen verursachen. Die Diagnose ist nur dann mit Sicherheit zu stellen, wenn Teile des Myoms ausgestoßen werden. Quoad therapiam ist das operative Einschreiten indiciert, wenn das Myom Beschwerden verursacht. Symptomlose Myome, besonders die von alten Frauen, sind nicht anzugehen. — (Pariser Dissertationen, 1902.) Königstein.

Ueber Spontanruptur von Ovariencysten. Von Fossard.

Vf. zählt die spontanen Rupturen der Ovarialeysten nicht zu den Seltenheiten und führt als ätiologische Momente 1. Traumen, 2. pathologische Veränderungen der Cystenwand an. Während jedoch das Trauma zumeist bloß die unmittelbare Ursache des Berstens der Cyste abgibt, so dürfte das eigentliche ursächliche Moment wohl in den meisten Fällen in einer bestehenden Alteration der Cystenwandung zu suchen sein, welche letztere entweder durch wiederholte vorausgegangene Entzündungen oder degenerative Vorgänge anderer Art verursacht sind, wobei zu bemerken ist, daß bei vorausgegangenen Entzündungen die Möglichkeit extraperitonealer Rupturen gegeben ist, da sich durch den Entzündungsprozeß Pseudomembranen bilden, welche Verwachsungen und Absackungen zur Folge haben können. Als wichtiges prädisponierendes Moment ist die Schwangerschaft zu bezeichnen, und wiesen in 250 Fällen von Spontanruptur 50 diese Komplikation vor. Bezüglich der Konsequenzen einer Berstung hängt es ganz davon ab, ob sie peritoneal ist oder extraperitoneal. Erfolgt der Erguß der geborstenen Cyste ins Peritoneum, so kommt es auf die Beschaffenheit des Cysteninhaltes an. Die Prognose ist immerhin unter allen Umständen eine ernste, umso mehr, als es zu wiederholten Ergüssen in die freie Bauchhöhle kommen kann. Die ergossene Flüssigkeit kann vollständig resorbiert werden, und kommt es mitunter, besonders wenn es sich um Perovariencysten handelt, zu einer spontanen Ausheilung. Bezüglich der extraperitonealen Ruptur ist zu bemerken, daß dieselbe nach außen, in eine Aussackung oder in den Darm oder den Urogenitaltrakt statthaben kann. Die Diagnose ist bei intraperitonealen Berstungen oft sehr schwer zu stellen, und kann die mikroskopische Untersuchung des Ergusses in differentialdiagnostischer Richtung oft sehr wichtige Aufschlüsse geben. Bezüglich der Therapie ist zu sagen, daß in weitaus den meisten Fällen so rasch als möglich operativ vorzugehen ist und sich dadurch die Prognose wesentlich bessert. — (Pariser Dissertationen, 1902.)

Königstein.

Urologie.

Ueber Blasenruptur. Von W. Nobe.

Zusammenstellung von 35 Fällen subkutaner Blasenruptur, darunter drei noch nicht publizierten. Ursache einer Ruptur der Blase ist in der größten Mehrzahl der Fälle ein Trauma (31 von 35), häufig ist eine Kombination mit Beckenfrakturen, wobei die Blase durch ein Fragment angespießt oder zwischen die auseinanderweichenden und dann zurückfedernden Fragmente eingeklemmt wird. Eine bedeutende Rolle in der Aetiologie spielen die sogenannten Pfählungsverletzungen. (Ref. vermißt in dieser Sammelarbeit die 127 von S t i a ß n y zusammengestellten Fälle von Pfählungsverletzungen, die derselbe in den Beitr. zur klin. Chirurgie, Bd. XXVIII., Heft 2, aus der C z e r n y'schen Klinik publizierte, und aus denen sich wohl manche Anregung in dieser Frage ergeben hätte; auch die Krönlein'schen Fälle werden nicht erwähnt.) Die Diagnose stützt sich auf folgende Symptome: blutiger Urin, Nachweis des Ursprungs der Blutung aus der Blase (Katheterismus behufs Ausschlusses einer Verletzung der Urethra), Harnrang mit Entleerung geringer Menge Blutharns als Differentialdiagnose gegen Nierentrauma, wobei wenigstens die nicht verletzte Niere entsprechende Quantitäten Urins sezerniert, Tenismus im After ohne Stuhlentleerung, Dämpfung und fluktuierender Tumor in der Blasenegend.

Bezüglich der Therapie berechnet N. 85·7% Heilung nach Operation, dagegen nur 50% Heilung bei abwartender, symptomatischer Behandlung. Von 21 operierten Fällen genasen 18, von 14 nichtoperierten nur 7. Die hauptsächlichste Lebensgefahr besteht in dem Hinzutreten einer allgemeinen Sepsis und Peritonitis, daher möglichst frühzeitiger operativer Eingriff; die nach dem vierten Tage post trauma operierten Fälle endeten zumeist letal, die sieben ohne operativen Eingriff geheilten Fälle werden durch unvollkommene oder geringfügige Durchtrennung der Blasenwand erklärt. Bei **extra**peritonealer Blasenruptur wird empfohlen: Schnitt wie zur Sectio alta, Sutura der Rupturen, wenn die Rupturstelle leicht gefunden werden kann, sonst Tamponade und Drainage der Umgebung, Verweilkatheter. Bei **intra**peritonealer Ruptur unbedingt Aufsuchung des Risses und Naht desselben, bezw. Annähen des Peritoneums möglichst weit hinten an die Blase nach dem Vorschlage von B a r d e n h e u e r. Die operative Behand-

lung der subkutanen Nieren- und Blasenräumen gewinnt jetzt auch tatsächlich immer breiteren Raum, da die Resultate Nobe's im großen und ganzen mit den Erfahrungen sämtlicher Chirurgen übereinstimmen. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, Bd. 14, H. 3.)
Rich. Grünfeld.

Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung. Von Edebohls. (Uebersetzt von Beuttner.)

Vf. kam auf den Gedanken, die chronische Nephritis operativ anzugehen, angeregt durch die Erfolge, die er in sechs Fällen von Wanderniere, kompliziert mit chronischer Nephritis, durch die Nephropexie erzielte.

Er führt daher jetzt Operationen lediglich aus der Indikation, die Nierenentzündung zu heilen, aus und berichtet über 18 Fälle, in welchen er durch Nephropexie und Dekapsulation (Excision der Nierenkapsel) vollständige Heilung oder erhebliche Besserung der Nephritis erzielte. Der Operationsgang ist folgender: Bauchlage, Schnitt unterhalb der zwölften Rippe bis zur Crista ilei. M. latissimus dorsi stumpf zur Seite, Trennung der Fascia transversalis, des perirenalen Fettes, Ablösung der Fettkapsel bis beiderseits zum Hilus, Luxation der Niere vor die Wunde, Spaltung der Capsula propria wie auf dem Seziertische, hierauf Abtragung derselben an der Nierenbasis. Die Niere wird sodann in die Fettkapsel zurückgebracht und die äußere Wunde geschlossen. Die Operation kann in 32 Minuten ausgeführt werden. Von den 18 Operierten blieben 8 geheilt. Pathologisch-anatomisch findet man nach Nephropexien zunächst neugebildetes Bindegewebe, welches die Niere mit der Umgebung verbindet (Adhäsionen), ferner große neugebildete Blutgefäße in derselben und zwar mehr arterielle als venöse, daher eine arterielle Hyperämie, welche durch Druckverminderung in den Tubulis und Glomerulis als Hauptfaktor bei der hiedurch eingeleiteten Heilung der chronischen Bright'schen Niere anzusehen ist. Die Capsula propria stellt nun für den Kreislauf zwischen Fettkapsel und Nierenparenchym eine „beinahe unüberwindliche Schranke“ dar, deren Beseitigung die Neubildung von Gefäßen zwischen Niere und Fettkapsel ermöglicht. Die Operation hat ein Analogon in der Talm'schen Operation der Lebercirrhose, über welche die Akten noch nicht geschlossen sind. Auch über die Edebohls'sche Operation liegen bis nun noch wenige aufmunternde Berichte vor, so daß trotz des großen Enthusiasmus des

Vf. eine gewisse Skepsis berechtigt erscheint. — (Henry Kündig, Genf 1903.) Rich. Grünfeld.

Ein seltener Fall von Fremdkörper in der Harnblase. Von Hirsch.

Ein 37jähriger Mann wurde durch zwölf Jahre in verschiedenen Ambulatorien wegen einer chronischen Gonorrhöe behandelt; jedesmal nach Aussetzen der Therapie Neuaufreten der Beschwerden (Harndrang, Ausfluß, trüber Urin). Da Patient Fremdkörpergefühl in der Harnblase angibt, cystoskopische Untersuchung, welche einen gestielten, bohnen großen, beweglichen Körper in der Harnblase ergibt. Die Diagnose schwankt zwischen Lithiasis und Polyp. Bei der Sectio hypogastrica (ausgeführt von v. M o s e t i g) Entfernung von drei bohnen großen Bröckeln durch den in die Blase eingeführten Finger. Naht, Heilung, Urin fortan klar, in der Blase cystoskopisch normale Verhältnisse. H. untersuchte nun die makroskopisch als nekrotische Papillomteile imponierenden Bröckel und fand dieselben aus Uraten bestehend, in deren Innerem deutlich Pflanzenzellen, insbesondere solche von Koniferen, zu erkennen waren. Diese stammen, wie er annimmt, aus losgelösten und späterhin inkrustierten Fäserchen eines „supponierten“ Papiermaché- oder Fichtenholzkatheters, der behufs Instillation einer Kupfersulfat- oder Lapislösung in die Blase eingeführt worden war. Dieselben hätten sich in der Blase inkrustiert, wodurch sie an die Blasenwand fixiert wurden. Die anderen Möglichkeiten des Ursprungs und des Eintritts werden erwogen und als „gezwungen“ abgelehnt. Erwähnt sei in diesem dem Ref. ebenfalls bekannten Falle die große Aehnlichkeit des gestielten Fremdkörpers mit einem nekrotischen Papillom im cystoskopischen Bilde. Das angenommenen Instrument aus Fichtenholz oder Papiermaché wird glücklicherweise heute nicht mehr verwendet, so daß der besprochene Fall als Unikum anzusprechen ist. — (Aerzt. Zentr.-Ztg., Nr. 14, 1903.) Rich. Grünfeld.

Ueber einige seltene Formen von Ischurie. Von Englisch.

Zur normalen Harnentleerung ist erforderlich: 1. normale Beschaffenheit der Organe, 2. normale Erregung der Nerven der Blase, 3. normale Fortpflanzung des Reizes und des Reflexes, 4. normale Nierensekretion, 5. normale Funktion der Organe der Harnentleerung. In vielen Fällen findet man keine den Harnzwang erklärende Ursache in den Harn- und Geschlechtsorganen, wobei man nie die Untersuchung der Umgebung, insbesondere des

Rectums, des Uterus, der Wirbelsäule, des Urins (Diabetes), des Nervensystems (Tabes) unterlassen soll. Die Harnstörungen treten frühzeitig, im Beginne der oft noch gar nicht nachweisbaren Erkrankung auf. Vf. erzählt einige Fälle, wo es ihm gelang, die Harnbeschwerden durch Heilung gar nicht beachteter Mastdarmliden (Fissur, Prolaps, Hämorrhoiden) etc. zum Stillstand zu bringen. — (Allg. Wien. med. Ztg., Nr. 14, 1903.)

Rich. Grünfeld.

Dermatologie.

Bartflechten und Flechten im Barte. Von Dr. Jessner.

In dieser Scheidung führt Vf. dem Praktiker die den behaarten Körperregionen eigenen Dermatosen vor, und jene Erkrankungsformen der allgemeinen Decke, welche sich auch auf die bebarteten Hautpartien zu erstrecken pflegen. Entsprechend ihrer Dignität, werden hiebei die eigentlichen Bartflechten mit besonderer Sorgfalt erörtert, so die parasitäre, durch den *Trichophyton tonsurans* bedingte Sykosis und die vulgäre, kokkogene Form derselben.

Bei dem bekannten epidemischen und endemischen Auftreten der *Trichophytie* des Bartes (ausgehend von Barbierstuben) hat die Behandlung eigentlich schon bei der Prophylaxe einzusetzen, in dieser Hinsicht sind vielfach hygienische Maßnahmen für die Rasierstuben zur Empfehlung gelangt, die aber immer noch nicht mit der gebotenen Strenge beobachtet und eingehalten werden. Wünschenswert wäre es, wenn die sanitätspolizeiliche Ueberwachung auch das Getriebe der Barbierstuben in ihr Ressort einverleiben möchte. Aus der bunten Folge bewährter Heilprozeduren gibt Vf. einigen einen besonderen Vorzug; so hat sich ihm namentlich in leichteren Fällen das Epikarin in spirituöser Lösung (10%) und in Verbindung mit Spirit. saponat. kalin. (Epikarin 5·0, Saponkalin 30·0, Spirit. colon. 5·0, Spiritus 15·0) nützlich erwiesen. Den gleichen Dienst erweisen alkoholische Resorzinlösungen (20%) und Schälpasten. Die sich etablierende Exfoliation besorgt die regste Abstoßung, der die Hornschicht durchsetzenden Pilzgeflechte. Bei Tiefgang des Prozesses, namentlich wenn es zu folliculärer Knotenbildung gekommen ist, tritt die gründlichste Epilation und Schlitzung abszedierender Knoten in den Behandlungsplan.

Größeren Widerstand setzt die Sycosis vulgaris den Heilversuchen entgegen. Schwefeltannin-, Ichthyol- oder Tumenolpasten können hier ins Feld geführt werden. Eine Medikation, von der Vf. schnellen Erfolg sah, ist folgende: Hydrarg. olein. (5%) 5·0, Ichthyol, Acid. salicyl. Zinc. oxyd. Amyl., aa 0·5, Vaseline. flav. americ. 5·0. Die in neuerer Zeit gegen alle Hautkrankheiten herangezogene **R a d i o t h e r a p i e**, für welche insbesondere die Sykosis ein dankbares Wirkungsfeld zu eröffnen schien, hat auch Vf. zu erproben versucht, kann sich aber für dieselbe ebensowenig, als wir erwärmen. Rezidive gibt es nach der Radiotherapie nicht minder, als nach anderen minder umständlichen Verfahren, dagegen die nicht zu seltene Chance, den gewiß sehr lästigen follikulären Prozeß gegen langwierige diffuse, zur Hautatrophie führende Dermatitis einzutauschen. — (Dermatol. Vortrag f. Prakt., II. 10, 1903. Stube, Würzburg.)

Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Von Dr. Jessner. **Zur Behandlung der Ulcera cruris.** Von Dr. Bogdanovici, Mancini und Zeuner.

Unter den ätiologischen Momenten, welche für das Zustandekommen des **U l c u s c r u r i s** eine Bedeutung besitzen, greift Vf. jene heraus, welche eine kausale Behandlung dieses „Crux medicorum“ ermöglichen. In dieser Hinsicht kann der Hinweis auf die venöse Stauung, auf traumatische Einflüsse, Phlebitis, Lymphangioitis, sowie die Konkurrenz von Mikroorganismen (Erysipel) nur zur Belebung ablassender Schulkenntnisse dienen. Von konstitutionellen Erkrankungen kommen Syphilis, Skrophulose, Arteriosklerose und Diabetes ursächlich in Frage und vermag die richtige Würdigung des ätiologischen Faktors, den Schlüssel für die Wirksamkeit und den Dauererfolg der angewandten therapeutischen **M a ß n a h m e n** bieten. Entsprechend der differenten Abstammung des Unterschenkelgeschwüres, ist die Behandlung in eine allgemeine und örtliche zu gliedern. Die Allgemeinbehandlung hat den eventuellen konstitutionellen Grundprozeß, gleichwie die äußeren schädigenden Einwirkungen, zum Angriffspunkt. (Regelung der Lebensverhältnisse, des Berufes etc.) Die örtliche Behandlung hat sich gegen die **S t a u u n g** und den Ulzerationsvorgang zu richten. Diesen Indikationen genügt am besten der von Unna angegebene **Z i n k l e i m v e r b a n d**. Nach dem Reinigen des Unterschenkels mit Seife, Benzin und schwachen Antiseptics und Applikation des die rascheste Reinigung und Ueberhäutung sichernden Medika-

ments (Jodoform, Jodoformogen, Jodeigon, Ichthoform, Jodtinktur, Airol, Xeroform, Dermatol etc.) erfolgt die Versorgung der Geschwürsumgebung.

Ist die letztere, wie gewöhnlich, ekzematös, so ist eine Zinkpastenüberstreichung (mit Ichthyol- oder Tumenolzusatz) von Nutzen. Näßt die Haut in stärkerem Maße, so sind Streupulver von Xeroform 3·0 mit Tale. venet. u. Amyl. aa 15·0, oder Wismut-Mullbinden anzuwenden. Austrocknend wirkt auch zuweilen eine Tannoformpaste (Tannoform 5·0, Zinc. oxyd., Amyl aa 10·00; Vaselin 25·0).

Die Einleimung wird mit Zinkleim (Zinci. oxyd. 50·0, Gelatin alb. 20·0; Glyzerin 25·0, Aqu. destill. 75·0) vorgenommen, der im Wasserbade zu verflüssigen ist. Mittels weicher Pinsel wird die Masse über den in der vorerwähnten Weise präparierten Unterschenkel verbreitet, wobei die Zehen freigelassen werden und die Ferse noch in das Ueberstreichungsgebiet fällt. Der Leimaufpinselung folgt dann sofort die *Einwicklung*. Zu dieser wird eine steife Gazebinde und eine Trikotschlauchbinde empfohlen. Zuerst wird direkt auf die eingeleimte Haut die Gazebinde gelegt, welche unmittelbar vor dem Gebrauche durch Eintauchen in Wasser tüchtig durchfeuchtet und dann ausgedrückt wird. Das Fußgelenk ist vor der Einwicklung zu polstern, um es gegen Druck zu schützen.

Die Binde wird dann in üblicher Weise von dem Fuße bis über die Wade ungerollt, wobei das Fußgelenk unter Einschluß der Ferse wiederholt unkreist wird. Gleich darauf wird die elastische Trikotbinde ungerollt, diese ist möglichst straff anzuziehen. Die Einleimung wird selbstredend mit Umgehung der Geschwürsfläche vorgenommen.

Die Dauer des Liegenbleibens eines Verbandes hängt von der Beschaffenheit des Ulcus, von subjektiven Beschwerden, und auch vom Zustande der Geschwürsumgebung ab. Bei mäßiger Absonderung, geringen Schmerzen und geringen ekzematösen Reizerscheinungen können die Verbände bis zu einer Woche liegen bleiben.

Nach Ausheilung der Geschwüre sind stets noch Schutzverbände (Trikotschlauchbinde, Flanell) anzulegen, wozu sich am besten elastische Bandagen eignen, die das Anbringen von Renversés ersparen. Bei ihrer geringen Porösität sind hiefür Gummibinden nicht empfehlenswert.

Als Kontraindikationen des Leimverbandes sind entzündliche Prozesse der Haut, wie Erysipel, Phlebitis, Lymphangoitis, wie auch zu ausgebreitete und stark nässende Ekzeme zu betrachten. Die Kosten dieser Verbände sind nicht zu hoch, wenn man bedenkt, daß 100·0 Zinkleim (im Preise von etwa einer Krone) für vier Bände reichen, und zwei Trikotschlauchbinden, abwechselnd gewaschen, für die ganze Kur genügend sind. Die dem gleichen Zwecke dienenden Peptonpastenverbände nach S c h l e i c h stellen sich bei weitem höher.

Wo man mit diesem konservativen Verfahren nicht sein Auskommen findet, haben die chirurgischen Behelfe, die Unterbindung der Vena saphena, die Zirkumzision, die Transplantation etc. herangezogen zu werden. Die Unterbindung der Vene muß immerhin als ein nicht ganz gefahrloses Verfahren (Loslösung von Thromben, Embolie) hingestellt werden und sichert auch keineswegs stets radikale, beständige Erfolge. — (Dermatol. Vortrag f. Praktiker, H. 7, 1903. Würzburg, Stuber.)

B o g d a n o v i c i unternahm es, in einem verzweifelten, zwei Jahre hindurch im Spitale vergeblich behandelten Falle, die Vena saphena interna am Oberschenkel in einer Ausbreitung von 10 cm zu resezieren. Zunächst nach dem Eingriffe wiesen die Ulcera des Unterschenkels keine besondere Neigung zu Benarbung auf, diese trat erst ein, als außerdem noch die hypertrophischen Granulationen ausgiebigst kauterisiert wurden. — Mém. d. l. Soc. d. Chir., Bukarest, 27. Febr. 1902.)

M a n z i n i empfiehlt, die Beingeschwüre in folgender Weise zu behandeln: Zirkuläre, resp. ovaläre Inzision um das Ulcus bis auf die Aponeurose; unter Benützung dieses Einschnittes, Dehnung der Nervi saphenus int. suralis, und wenn möglich des Cutaneus suralis ext. et med. Die Behandlung der Ulceration selbst besteht bald in der Exzision derselben, bald wird sie nur gründlichst ausgekratzt und mittels Transplantation von Epidermisplatten zur Ueberhäutung gebracht. Nach der Operation müssen die Kranken noch einige Zeit behufs Herstellung der normalen Zirkulation das Bett hüten, widrigenfalls die Geschwüre unter Oedementwicklung von neuem aufbrechen. — (Rif. med. Nr. 49, 1902.)

Z e u n e r sah gute Erfolge von feuchten Verbänden mit einer 10%igen Solut. Calcar. hypochlor., die rasch den üblen Geruch beseitigen, frische Granulationen aufschließen lassen und die Epidermisierung begünstigen, ohne unangenehme Nebenwirkungen

zu haben. Auch bei diesem Verfahren empfiehlt es sich, eine Trikotbinde tragen zu lassen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20, 1902.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Zur Therapie der Gonorrhöe. Von Dr. Walther Pick.

Die beiden Präparate, mit denen sich der vorliegende Artikel beschäftigt, sind **Albargin** und **Chromsäure-Argentum nitricum**. Das Albargin, eine wasserlösliche Verbindung von Argent. nitr. mit Gelatine, welche die Fähigkeit besitzt, durch tierische Membranen zu dialysieren, demnach theoretisch auch Tiefenwirkung erwarten läßt, wurde in Form der von Neisser empfohlenen protrahierten Injektionen, dreimal täglich, je 5 Minuten, verwendet; es wurde mit $\frac{1}{4}\%$ iger Lösung begonnen, in der zweiten Woche auf $\frac{1}{2}\%$, in der dritten auf 1% gestiegen. Abgesehen von leichtem Brennen in den ersten Tagen der Anwendung sind Reizerscheinungen ziemlich selten, bloß in drei Fällen von 24 traten leichte Erscheinungen in der Urethra posterior auf, die aber auf Aussetzen der Medikation schwanden. Die Resultate sind sehr günstige, meist tritt schon in der ersten Woche ein Schwinden oder doch Spärlicherwerden der Gonokokken ein, in der zweiten Woche sind neben den Leukocyten bereits reichlich Epithelien zu finden, die 1%ige Lösung wirkt dann überdies stark adstringierend auf den restlichen Katarrh ein.

Chromsäure-Argent. nitr. kam in Fällen subakuter und chronischer Gonorrhöe zur Verwendung. In Konzentrationen, aufsteigend von 1:4000 zu 1:2000, werden die Lösungen getrennt angewendet, indem in der gewöhnlichen Weise nach dem Urinieren zunächst eine Spritze von Chromsäure eingespritzt wird, die 1—3 Minuten in der Harnröhre verweilt, hierauf erfolgt die Einspritzung der gleich starken Silberlösung; letztere zumeist von heftigem Brennen gefolgt. Bei manchen Kranken treten ziemlich bedeutende, akute Exacerbationen ein, die sich aber bei der weiteren Anwendung, wohl nicht in allen Fällen, doch meist verlieren. In der Mehrzahl der Fälle macht sich eine auffallende, sekretionsbeschränkende Wirkung geltend, die Sekretion versiegt, die Fäden werden spärlich, die Leukocyten schwinden mehr und mehr, während die Epithelien an Zahl zunehmen. Schließlich schwinden auch diese Erscheinungen des desquamativen Katarrhs. Zu betonen ist, daß die Wirkung schon nach wenigen Tagen eine sichtbare ist oder — sie tritt über-

haupt nicht ein. Für diese Therapie geeignet sind bloß Fälle mit nur mehr schleimiger Sekretion. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 2, 1903.)

D.

Ueber die Aetiologie und Prophylaxe der merkuriiellen Stomatitis und Proktitis. Von Dr. M. Bockhart.

U n n a hat zuerst dargetan, daß das chloresaurer Kali nur dann ein ausgezeichnetes Prophylacticum gegen merkuriielle Mundaffektionen ist, wenn man es entweder in Substanz als Zahnpulver oder als 50%ige Zahnpaste gebraucht; es besitzt in der letzteren Form nicht nur eine hervorragend antiseptische Kraft, sondern wirkt überdies sekretionsbefördernd. Notwendig für die Wirkung der Paste ist, daß sie nicht erst dann zur Verwendung gelangt, wenn bereits Stomatitis vorhanden ist, sondern zu Beginn der Behandlung oder noch früher, und daß nicht bloß die Zähne, sondern auch die Gingiva, sowie insbesondere eventuelle Schlupfwinkel der Bakterien, so kariöse Zähne, Schleimhautnischen hinter den Weisheitszähnen u. ä. mit der Paste in Berührung gebracht werden. Bei dieser Form der Anwendung, täglich 3—4mal, sah der Autor Stomatitis nur bei Idiosynkrasie gegen Merkur auftreten. Noch eine zweite Beobachtung aber drängte sich ihm auf, nämlich das Ausfallen von merkuriieller Proktitis, die er früher viel häufiger gesehen hatte. B. bringt Stomatitis und Proktitis in Zusammenhang, da der an Stomatitis Erkrankte fortwährend ungeheure Mengen von reduzierend wirkenden Mikroorganismen verschluckt, von denen sicherlich eine große Anzahl in den Dickdarm gelangt und die daselbst ohnehin vor sich gehenden Reduktionsprozesse kolossal steigern, das Gewebe schwächen, in dasselbe eindringen und daselbst Entzündung und Nekrose hervorrufen. Ohne die guten Eigenschaften der Kalichloridpaste vielleicht herabsetzen zu wollen, muß gesagt werden, daß jeder Syphilidologe aus seiner Erfahrung hunderte von Fällen anführen könnte, wo es ohne dieses Mittel in der Regel weder zu Stomatitis, noch zu Proktitis kommt. — (Monatsh. f. prakt. Derm., XXXIV, Nr. 3.) D.

Ueber die Merkurialbehandlung der Tabeskranken. Von Dr. M. Bockhart.

Als durch die Arbeiten Fourniers die Annahme eines Zusammenhanges zwischen Tabes und Syphilis gezeitigt worden war, und zwar zunächst in der Auffassung der Tabes als tertiärer Form der Luës, war man anfangs geneigt, die Tabiker in der energischsten Weise mit Quecksilber zu behandeln, und zwar ohne

Rücksicht auf das Stadium der Krankheit, auch noch im sogenannten paralytischen Stadium. Später hat man diese wahllose Behandlungsmethode aufgegeben und die Tabiker nur mehr in den Initialstadien ihrer Erkrankung der antiluëtischen Behandlung unterzogen, glaubte aber auch hier umso mehr leisten zu können, je energischer die Kur durchgeführt würde. B. machte nun die Beobachtung, daß die mehr oder weniger günstigen Resultate der Behandlung immer davon abhängig waren, wie die letztere auf den Allgemeinzustand der Kranken einwirkte, d. h. ob etwa während derselben Abnahme des Körpergewichtes, geringgradige Anämie u. ä. eintrat oder nicht. Darauf basierend, legte er sich das Verfahren zurecht, die Einzelkur milde zu gestalten, dagegen den Kranken öfter (einmal im Jahre) einer solchen milden Kur (20—25 Einreibungen à 2·5—3·0) zu unterziehen.

Von den im Laufe von 13 Jahren behandelten 95 Tabikern fallen 22 nicht genügend behandelte Fälle ab, ebenso weitere vier, die an interkurrenten Uebeln zugrunde gingen. Von den restlichen 69 befanden sich 58 im initialen und 11 im ataktischen Stadium, bei 33 der ersteren trat auffallende Besserung oder teilweiser Stillstand der Erkrankung ein, bei zwölf vollständiger Stillstand, bei dem Rest der im Initialstadium befindlichen Kranken machte die Tabes langsame Fortschritte; bei zweien der elf ataktischen Kranken kam es gleichfalls zum vollständigen Stillstand, so daß auf Grund dieser Statistik ungefähr 20% der Tabesfälle durch Merkurbehandlung zwar nicht geheilt, aber soweit beeinflusst wurden, daß der Progredienz des Prozesses Einhalt geboten wurde. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol., XXXIV, Nr. 1.)

D.

Zur Therapie des Ulcus molle. Von Dr. M. Kirstein.

Die übliche Methode der Verätzung der venerischen Geschwüre mit Karbolsäure entspricht den Anforderungen des Autors nicht in genügendem Maße, denn es bleibe einmal eine Geschwürsfläche von torpider Beschaffenheit zurück, offenbar als Folge der granulationshemmenden Wirkung der Karbolsäure, andererseits müsse die Karbolsäure wegen ihrer öligen Beschaffenheit, wenn man sichere Wirkung erzielen wolle, ziemlich energisch und sorgfältig eingerieben werden. In beiden Beziehungen sei die Jodtinktur vorteilhafter; denn erstens verbreite sie sich mit größter Leichtigkeit über den Geschwürsgrund, was durch die Braunfärbung sofort sichtbar werde, dann sei die Applikation nicht schmerzhaft

und drittens zeige sich nach ihrer Anwendung ein schnell schrumpfendes, zur Heilung führendes Granulationsgewebe.

Da dem Autor auffallend schien, daß dieses Mittel nicht etwa schon vor ihm erkannt worden sein sollte, hatte Max Joseph die Liebenswürdigkeit, die Literaturdurchsicht in der Beziehung zu übernehmen, ob nicht etwa Jodtinktur zur primären Desinfektion des weichen Geschwürs herangezogen worden wäre; seine Suche verlief negativ. Dagegen erlaubt sich der Referent den Hinweis, daß zur mikroskopischen Darstellung des D u c r e y'schen Bazillus empfohlen wurde, das Geschwür mit Jodtinktur zu ätzen; entfernt man dann am nächsten Tage das sich bildende Häutchen und nimmt den darunter befindlichen Eiter aufs Deckglas, so findet man nach der Färbung fast eine Reinkultur des D u c r e y'schen Bazillus. — (Dermatol. Zentralbl. Nr. 7, 1903.) D.

Quecksilbervergiftung mit tödlichem Ausgange nach Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum. Von Dr. R. Neubeck.

Die Kranke, eine 36jährige Maurersfrau, hatte wegen papulöser Effloreszenzen am Genitale im ganzen drei Injektionen = 2.5 cm^3 einer 3%igen Lösung, beziehungsweise Suspension des obigen Präparats im Verlaufe von acht Tagen erhalten; nach der letzten Injektion waren die syphilitischen Erscheinungen geschwunden, es traten aber Durchfälle auf und nach ungefähr drei Wochen ein scharlachähnliches Erythem am Stamme. In diesem Zustande erfolgte die Aufnahme der Kranken auf die Klinik Lesser. Die anfangs wegen des hohen Fiebers und der anhaltenden profusen Durchfälle sehr ungünstig sich gestaltende Prognose erfuhr eine Korrektur zum Besseren, als sich auf die eingeleitete Therapie (Kleienklysmen, Pumbum aceticum, Acidum tannicum) der Zustand der Kranken wesentlich besserte. Da trat plötzlich, ungefähr gegen Ende der vierten Woche, eine plötzliche Verschlimmerung ein, ein großer Teil der Vaginalwände war der Gangrän verfallen, es kam zur Bildung einer Mastdarmscheidenfistel, die Durchfälle häuften sich wieder und zwar dermaßen, daß sie kaum zu zählen waren, und nach kaum einer Woche trat der Exitus unter Herzschwäche ein.

Nach Anführung der in der Literatur bereits niedergelegten Todesfälle nach Verwendung unlöslicher Quecksilberpräparate, stellt der Autor zunächst die Diagnose der Quecksilberintoxication fest, wobei insbesondere das Quecksilberexanthem, sowie die durch Autopsie erhobenen Veränderungen des Dickdarmes hervorge-

hoben werden; auffallend ist allerdings das Fehlen der Stomatitis, doch sind auch solche Fälle der Literatur nicht mehr fremd.

Bezüglich des Eintretens der Vergiftung in dem geschilderten Falle neigt der Autor zu der Annahme, daß bei der an sich schwächlichen und durch die seit drei Wochen bestehenden heftigen Durchfälle noch mehr geschwächten Patientin die Resorption aus einem längere Zeit unverändert gebliebenen Depôt eine besonders intensive gewesen sei. Da in der Regel die vier- bis fünffache Menge des gleichen Präparats zur Anwendung kommt, so ist sicherlich eine Ueberdosierung ausgeschlossen. Von der therapeutisch in Erwägung gezogenen Eröffnung des Depôts war man wegen des schwächlichen und herabgekommenen Zustandes der Kranken abgekommen. — (Dermat. Zeitschr., IX., H. 4.) D.

Kinderheilkunde.

Das Diphtherieheilserum, seine Wirkungsweise und Leistungsgrenzen bei operativen Larynxstenosen. Von Dr. Emil Wieland.

Auf Grund der reichen Beobachtungen an der Baseler Kinderklinik kommt Autor zu folgenden Schlüssen:

Die Spitalsstatistik, die klinische und namentlich die anatomische Beobachtung, lehrt übereinstimmend einen günstigen Einfluß der Serumbehandlung auf die Diphtherie und speziell auf die schwere, operative Eingriffe erheischende diphtheritische Larynxstenose. Die Wirksamkeit des Heilserums bei der menschlichen Diphtherie und speziell beim Croup ist wesentlich eine lokale, gegen den örtlichen Krankheitsprozeß auf der Schleimhaut des Respirationstraktus gerichtete und äußert sich ebenso sehr in beschleunigter Rückbildung, als in Verhinderung weiterer Ausbreitung der gebildeten Pseudomembranen. Die Leistungen der Serumtherapie sind desto zuverlässiger, je frühzeitiger die Behandlung einsetzt. Die Prognose des einzelnen Falles hängt jedoch nicht in erster Linie von der Krankheitsdauer, sondern vom Grade der bestehenden Allgemeininfektion ab, welcher, unabhängig von der Krankheitsdauer, durch die Virulenz der Infektion und durch die individuelle Giftempfänglichkeit bestimmt wird.

Die besten Erfolge erzielt das Heilserum bei den langsam verlaufenden (schwach toxischen) Fällen, bei denen es früher fast regelmäßig zum absteigenden Croup und zum Erstickungstod kam.

Sogar verschleppte Krankheitsfälle dieser Gattung geben unter Serumbehandlung noch gute Resultate. Je rascher und toxischer der Verlauf (bei bösartigem Epidemiecharakter, virulenter Infektion, gesteigerter individueller Giftempfänglichkeit), desto geringer sind die Heilchancen der Serumbehandlung. Insbesondere lassen sich die im Baseler Kinderspital beobachteten Mißerfolge trotz frühzeitiger Serumbehandlung kaum anders, als durch die unzulängliche, vielfach mit der Lokalwirkung nicht Schritt haltende Wirksamkeit des Heilserums gegenüber den giftigen Diphtherieprodukten solcher Fälle erklären. Bloß ganz frühzeitige, möglichst bald nach erfolgter Infektion ausgeführte Seruminjektionen, gewähren bei toxischem Verlauf mit einiger Sicherheit Aussicht auf Heilerfolg. Beweis: Die bisher ausnahmslos günstigen Resultate der Serumbehandlung bei den sogleich nach Ausbruch der ersten Krankheitserscheinungen „gespritzten“ Spitalinfektionen.

In den wenig günstigen Resultaten des Heilserums bei toxischen Fällen dürfte ferner in erster Linie der Grund zu suchen sein, weshalb die in Basel seit Jahrzehnten registrierten unregelmäßigen Schwankungen der Diphtheriemortalität seit Einführung der Serumbehandlung nicht verschwunden sind und auch in Zukunft nie ganz verschwinden werden, und weshalb die Spitalmortalität gerade der schweren, operativen Croupfälle nach wie vor starkem Wechseln unterliegt.

Angesichts der überwiegenden Lokalwirkung des Heilserums bei der menschlichen Diphtherie bestehen einstweilen keine zwingenden Gründe, in den giftbildenden Eigenschaften des Serums, nach Analogie der in vitro und im Tierkörper nachgewiesenen spezifischen Vorgänge, das Hauptmoment für das Zustandekommen der Heilung auch beim Menschen zu erblicken. Vielmehr scheint die Bedeutung des Serums gegenüber den toxischen Diphtherieprodukten zum größeren Teil in einer bloß indirekten, weitere Giftproduktion verhütenden, prophylaktischen Wirksamkeit zu liegen, während die Unschädlichmachung der bereits gebildeten, rasch ins Blut und in die Gewebe aufgenommenen Toxine zum Teil wohl auch dem Serum, zum größeren Teil aber den verschiedenen giftwidrigen Faktoren, über welche der Organismus verfügt, überlassen bliebe.

Das Behring'sche Heilserum ist somit ein zwar äußerst wertvolles, aber doch kein absolut, d. h. kein in allen Fällen klinisch echter Diphtherie, gleich sicher zum Ziele führendes Heil-

mittel. Andererseits lassen die in immer größerer Anzahl veröffentlichten Immunisierungsversuche Gesunder kaum mehr daran zweifeln, daß das Serum in fast allen Fällen mindestens für kurze Zeit ein durchaus zuverlässiges Prophylaktikum ist. — Zur Vermeidung der namentlich bei schwerem Epidemiecharakter (Häufung toxischer Fälle) sicher zu erwartenden zahlreichen Mißerfolge der Serumbehandlung scheinen daher Maßnahmen zur Verhinderung der diphtherischen Infektion durch prophylaktische Immunisierung Gesunder und von Ansteckung Bedrohter angezeigt zu sein. (Dauer des Impfschutzes drei Wochen!). — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 57, H. 5.)

Die Behandlung des Soor und der Stomakake. Vortrag in der kinderärztlichen Gesellschaft in Moskau. Von Dr. Wladimirow.

Bei Soor wendet Vortragender folgendes Verfahren an: Nach sorgfältiger Reinigung der Mundhöhle mit Watte, pinselt er dieselbe gründlich mit einer 2%igen Lapislösung aus; darauf folgt eine neutralisierende Pinselung mit Kochsalzlösung. W. hat dieses Verfahren während der letzten zwei Jahre im Ambulatorium ausgeübt und ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden. Meistens genügen 1—2 Pinselungen.

Bei Stomakake wendet Vortragender Pinselungen mit reiner Jodtinktur an. Die affizierte Schleimhaut wird zunächst sorgfältig vom Eiter befreit und dann wiederholt mit Jodtinktur bestrichen, bis sie eine dunkle Bronzefärbung annimmt. Eine besondere Beachtung verlangt hierbei der Zustand der Zähne: kariöse Zähne werden gereinigt und mit einem Desinficiens tamponiert; die scharfen Ränder derselben werden abgetragen; schmutzige und wackelnde Zähne werden sorgfältig gereinigt, aber nicht entfernt. Bei diesem Verfahren nimmt die Empfindlichkeit der Schleimhaut schnell ab und die Kinder fangen an zu essen. Der Fäulnisgeruch schwindet und die ulcerierten Stellen verheilen schnell. Bei zweimaligen Pinselungen des Tages dauert die Behandlung in schweren Fällen 4—5 Tage, in leichten und mittelschweren nicht länger als 1—3 Tage. — (Nach Arch. f. Kinderheilk., Bd. 35.)

Ein Fall von Kopftetanus mit Hypoglossusparese, geheilt nach Duralinfusion mit Behring'schem Antitoxin. Von Arthur Holub

Es handelte sich um einen elfjährigen Knaben, bei dem am dritten Tage nach einer Verletzung, die durch einen Steinwurf an der Schläfe entstanden war, sich die ersten Zeichen des Tetanus

gezeigt hatten. Es bestand gleichzeitig Fazialisparese. Vom sechsten Krankheitstage an erhielt Patient täglich in seichtester Narkose subdurale Infusionen von 100 A.-E. Behring'schen Serums. Als nach zwei Wochen die Erscheinungen des Tetanus und der Fazialisparese geringer worden waren, zeigte sich erst deutlich ein Abweichen der vorgestreckten Zunge nach links. In den nächsten Wochen traten des öfteren unter Fieberbewegungen reißende Schmerzen im Kreuz auf (traumatische Irritation der Meningen infolge der wiederholten Punktionen), Druckempfindlichkeit des Ischiadikus, andauernde Steigerung der Patellarsehnenreflexe etc.

Ausführliche kritische Bemerkungen, der Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und der Therapie des Falles geltend, entziehen sich dem Referate und sei diesbezüglich auf die Originalarbeit verwiesen. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 17, 1903.)

Ueber die Behandlung der Bronchopneumonie der Kinder mit heißen Bädern. Vortrag in der kinderärztlichen Gesellschaft zu Moskau. Von Fr. Poliewktow.

Die Beobachtungen des Vortragenden betrafen 37 Patienten, welche an Bronchopneumonie während der Masern, der Grippe, des Keuchlustens und Croups erkrankt waren. Er hat von diesem Heilverfahren einen sehr günstigen Eindruck erhalten. Der Einfluß der Bäder dokumentiert sich 1. in Beschleunigung der Lösung des pathologischen Prozesses in den Lungen; 2. in Hebung der Herz-tätigkeit und Vermehrung der Harnabsonderung; 3. in sukzessivem Temperaturabfall und 4. in einer deutlichen Besserung des Allgemeinzustandes, namentlich auch im Wiedererwachen des Appetits. Die Bäder wurden nur in Gegenwart des Arztes gemacht. Das Kind erhielt vor dem Bade einen Löffel Portwein (!) und wurde dann in das zirka 29° warme Bad gebracht, dessen Temperatur dann ziemlich schnell bis auf 31°—39° R. gesteigert wurde. Die mittlere Dauer des Bades betrug zirka 15 Minuten, worauf die Kinder in Laken und wollene Decken eingehüllt und auf mindestens eine Stunde vollkommener Ruhe überlassen wurden. Solche Bäder wurden 1—2 mal des Tages vorgenommen. Meist genügten 3—4 Bäder, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Wurden die ersten Probepäder schlecht vertragen, so stand Vortragender von ihrer Anwendung ab. In dieser Lage ist er nur zweimal wegen eintretender Herzschwäche gewesen. — (Nach Arch. f. Kinderheilk., Bd. 35.)

Französische und englische Literatur.

Naht des Brachialplexus bei Geburtsparalyse (Typus Duchenne) der oberen Extremität. Von Rob. Kennedy. (Brit. med. Journ. Nr. 2197.)

Kennedy empfiehlt für Fälle, in denen zwei Monate nach der Geburt sich nicht auf faradischen Strom die Reaktion der betroffenen Muskeln einstellt, operative Behandlung. Er zitiert den Fall von Thorkman: sekundäre Operation, 7 $\frac{1}{2}$ Monate nach erlittenem Unfall, bei einem 16jährigen Mädchen mit teilweiser Wiederherstellung der Sensibilität und Mortilität. Die Operation wird folgendermaßen ausgeführt: Tieflagerung des Kopfes bei Neigung des Gesichtes nach der entgegengesetzten Seite. Inzision am Außenrand des Sternokleidom. zwischen mittlerem und unterem Drittel desselben zur Grenze des mittleren und äußeren Drittels der Clavicula. — Nach Durchtrennung von oberflächlicher und tiefer Faszie wird oberhalb des M. omohyoideus der Nervenstamm sichtbar; die Verbindung des fünften und sechsten Astes ist leicht gefunden. Die zur Verbindungsstelle ziehenden Adhäsionen sind sorgfältig zu lösen. Der betroffene Teil des Plexus war in allen Fällen in festes Narbengewebe eingebettet, das nur durch Exzision zu entfernen war. Naht der drei peripheren Äste (Suprascapul, Ast zur Außenseite, Ast zur Rückseite), mit den zwei zentralen, bei Neigung des Kopfes zur operierten Seite. Verband bei möglichster Annäherung des Kopfes und der Schulter. Von zwei operierten Kindern war in dem einen Falle zwölf Wochen nach der Operation beginnende Wiederherstellung der Beweglichkeit zu konstatieren, nach neun Monaten vollkommen freie Beweglichkeit. In dem anderen, sechs Monate nach der Geburt, operierten Falle deutliche Besserung.

Behandlung des chronischen Morphinismus mit Hyoscin hydrobromicum. Von Goldan. (New-York medical Journal Jan. 1903.)

Auf Grund der Mitteilung von Lott verwendete Autor Hyoscin, und zwar gibt er zuerst von einer Lösung Hyoscin 1:0 : 400:0 eine 1:0 Injektion zur Feststellung einer etwaiger Idiosynkrasie. Von der Konzentration 1 : 200:0 und 1 : 100:0 wird stündlich eine 1:0 Injektion gemacht am ersten Tage, zweistündlich am zweiten Tage, am dritten oder vierten Tage alle 4—6 Stunden, später nach Bedarf. Der Patient ist unter ständiger Beobachtung zu halten, das Zimmer abzudunkeln. In zwei Fällen gute Wirkung.

Behandlung des vasomotorischen Spasmus bei der Raynandschen Krankheit mit Tourniquet. Von Cushing. (Journ. of nervous and mental diseases 1902, p. 657.)

Im Anschluß an die Entfernung des Tourniquets stellt sich eine aktive Hyperämie peripher von der Umschnürung ein. Autor verwendete daher das Tourniquet systematisch durch sieben Wochen bei einem Falle von Raynaud'scher Krankheit und konnte völlige Wiederherstellung der normalen Färbung der Hände erzielen. Das Tourniquet wurde ungefähr zwei Minuten liegen gelassen.

Ueber den therapeutischen Wert von Acidum picricum. Von Dr. Viktor Milward. (Brit. med. Journ. 2199.)

Acidum picricum, in der Konzentration von 1 : 95 Aqu. dest. empfiehlt sich, wie bei Verbrennungen, in Fällen, wo es zum oberflächlichen Epithelverlust gekommen ist, so bei akuten Ekzemen, oberflächlichen Hautabschürfungen; es scheint die Bildung einer deckenden Schichte von geronnenem Eiweiß zu provozieren. Im Stadium pustulosum der Ekzeme ist es nicht indiziert. Dagegen empfehle es sich gegen beginnende Paronychien, sowie bei manchen Formen von Intertrigo Erwachsener.

Intravenöse Infusion von Antidiphtherieserum. (The Therapeutic Gazette. März 1903.)

Clairns, Glasgow, berichtet über intravenöse Infusion des Antidiphtherieserums. Er verwendet große Dosen (4—20.000 Einheiten subkutan, 20—35.000 Einheiten intravenös), ohne üble Folgen. Die intravenöse Anwendung empfiehlt sich 1. bei malignen Formen mit Hämorrhagien in die Haut, Drüsengeschwülsten, 2. bei moribundem Zustande des Kranken, 3. bei toxämischen Symptomen. Die Infusion ist nach 24 Stunden eventuell zu wiederholen. Gute Wirkung in anscheinend hoffnungslosen Fällen.

Zur Aetiologie des Ekzems der Brustkinder. Von Dr. Fernand Quillier. (Progrés medical Febr. 1903.)

Autor beobachtete 35 Fälle von Ekzem ausschließlich bei Brustkindern, bei denen Ueberernährung mit konsekutiven digestiven Störungen sich leichter einstelle, als bei künstlich ernährten Kindern. Ohne die parasitäre Natur des Ekzems abzulehnen, kann er keinen einzigen Fall anführen, der den angeblichen Zusammenhang mit der Dentition illustrieren würde. Dagegen spiele die Ueberernährung die Hauptrolle bei der Entstehung des Säuglingsekzems. Da nachgewiesen wurde, daß die Milch von Frauen mit üppiger Nahrung an Eiweiß-, Fett-, Zucker- und Extraktivgehalt zunehmende

an Wassergehalt sich vermindere, habe man dem Vorurteile, Ammen müssen viel Fleisch essen, entgegenzutreten; oft genüge die Modifikation des Nahrungsregimes der Amme, um ein Ekzem bei Ueberernährungsdyspepsie verschwinden zu machen.

Zu der N-überreichen Nahrung gesellt sich als weiterer ekzem-erzeugender Faktor Abusus von Bier, Wein oder Likör seitens der Amme. So heilte bei einem Brustkind trotz fleischreicher Nahrung der Mutter ein Ekzem ausschließlich auf Verbot von Biergenuß — die Mutter hatte bisher zwei Liter Bier täglich getrunken — um bei Wiederaufnahme des Alkoholgenusses zu rezidivieren und bei erneuter Abstinenz neuerdings zu schwinden.

Prophylaktisch sei den Ammen Ueberernährung und Abusus in alcoholicis zu untersagen. Ekzem eines Brustkindes indiziere fleischlose Diät der Mutter bei strenger Alkoholabstinenz. Diese Behandlung — ohne Lokalbehandlung des Kindes — genüge oft zur Heilung des Ekzems.

Freiluftbehandlung bei Syphilis. Von Donty. (Boston Medical and Surg. Journ. CLVIII/5.)

Autor konnte beobachten, daß 30% seiner Patienten mit Phthise, früher Luës acquirit hatten. Seitens der Lungsanatorien wurde ihm mitgeteilt, daß 30—40% der Insassen als luëtisch anzusehen seien. Autor empfiehlt daher Freiluftbehandlung der Luëtiker; insbesondere wirke auf diese Individuen das hochalpine Klima sehr günstig. Unter solchen Umständen genügen auch leichte mercurielle Kuren.

Nierenkapselablösung bei chronischem Morbus Brighti. Von George Edebohls. (New-York, Medical Record 63/13.)

Edebohls publizierte zuerst 1898 einen Fall von M. Br. chron. bei einem 20jährigen Mädchen, bei dem Autor die Nierenkapseln ablöste und beiderseits Nephropexie ausführte. Patientin ist seither gesund, Harn dauernd eiweißfrei. Auf Grund weiterer Erfahrungen war Autor dazu gekommen, als operative Behandlung des Morb. Brighti nur die Ablösung der Nierenkapseln zu empfehlen. Er zählt neun dauernd geheilte Fälle auf, unter denen der kürzestbeobachtete ein Jahr und neun Monate, der längstbeobachtete über zehn Jahre eiweißfrei sind. Die Mehrzahl der Operierten konnte zwei Monate nach der Operation zur gewohnten Beschäftigung zurückkehren, eine besondere Diät wurde nicht eingehalten. — Insgesamt starben von 51 Operierten sieben Patienten innerhalb von 17 Tagen, sieben Patienten innerhalb eines Zeitraumes zwischen zwei Monaten und

acht Jahren, zwei Patienten blieben ohne Besserung, in 22 Fällen ausgesprochene Besserung, die Mehrzahl bei eiweißfreiem Harn. — Neun Patienten dauernd geheilt.

Biosin. (Progrés medical XVII/11.)

Biosin ist lösliches glyzerinphosphorsaures Eisen, kombiniert mit löslichem glyzerinphosphorsäuren Kalk. Infolge einer Zusammensetzung wird es bei allen Formen von Anämie, bei Dysmenorrhöe, sowie zur Nachbehandlung postoperativer Schwächezustände empfohlen. Während der Schwangerschaft soll es die Hyperemesis günstig beeinflussen.

Adrenalin bei inoperablem Rektumkarzinom (Journal des Praticiens XVII/12) bewährte sich in lokaler Anwendung gegen das Nässen, die Inkontinenz, und die Diarrhöen, bei steigender Dosis von 20—80 Tropfen. Auch in zwei Fällen von Zungenkarzinom soll es symptomatisch Linderung gebracht haben.

Als Anwendungsart wird einfaches Bestreichen bei zugänglichen Tumoren, Injektion bei tiefsitzenden Geschwülsten empfohlen.

Adrenalin gegen irreponible Hämorrhoidalknoten mit drohender Inkarzeration empfiehlt Mossé (Revue française de médecine et de chirurgie Nr. 16, 1903). Er konnte bei einem Falle, wo ein 3—4 cm großer Hämorrhoidalknoten trotz entsprechender Therapie nicht zurückging, nach Applikation von Tampons, getränkt mit Adrenalin 1/2000 gtt. 40 : Aqu. destill. aa, innerhalb von 45 Minuten Ablassen und Abschwellung beobachten. Die Wirksamkeit war bei ähnlicher Applikation auf die inneren Knoten noch evident. Es empfiehlt sich, geringe Mengen stärker konzentrierter Lösungen zu verwenden. Als Nebenwirkung war Pulsverlangsamung zu konstatieren.

Methylenblau als lokales Therapeuticum. (Journal des Praticiens XVII/13.)

Methylenblau wirkt bakterizid, anästhesierend und sehr schwach toxisch. Es empfiehlt sich zur Behandlung hartnäckiger Anginen; pulverisiert oder in Lösung beschleunigt es die Heilung der Ulzerationen bei Stomatitis, wobei der Umstand, daß es die oft sehr lebhaften Schmerzen rapid behebt, besonders hervorzuheben ist. Den Uebelstand der Blaufärbung der Mundschleimhaut kann man durch Gurgeln von Eau de Labarraque (2—3 Eßlöffel auf einen Liter) beheben. Auch zur lokalen Behandlung von Kankroiden wurde es in Pulverform empfohlen. In der Konzen-

tration von 1 : 500 wurde das Präparat mit gutem Erfolge zur Behandlung von Conjunctivitiden und Keratitiden bei Variola verwendet. Bei Cystitis kann man es innerlich in Gelatinkapseln à 0·2—0·3 geben (pro die 0·5) oder mit 2%igen Lösungen auswaschen. Es soll insbesondere bei nicht gonorrhöischer Cystitis wirksam sein.

Berthier behandelte mit sehr gutem Erfolge Dysenterie durch Rektumeingüsse mit 0·1—0·2 Methylenblau auf 500 oder 1000 Aqu. — Ebenso waren durch ähnliche Applikation bei Enteritis etc. Erfolge zu erzielen, und auch die Typhusdiarrhöen sollen unter Methylenblautherapie sich vermindern.

Zur Verwendung des Kollargols. Von Edm. Vidal. (*Progrès medical.* XVII/12.

Bei einem Falle von akuter Metritis, sowie bei einem Falle von Salpingitis nach Influenza, konnte Autor nach einigen in typischer Weise vorgenommenen Einreibungen mit Kollargol (Ungu-Credé) Heilung beobachten. Kollargol empfehle sich nicht bei bereits vorhandener Eiterung, wohl aber bei beginnenden Infiltraten.

Behandlung von Hämorrhoidalknoten durch Injektion heißer Salzlösungen. (*La semaine médicale* XXIII/12).

Aehnlich wie Wyeth bei Angiomen, Naevi u. s. w. mit Erfolg heißes Wasser injiziert, behandelt Lofton äußere und innere Hämorrhoiden durch Injektion von nahezu kochender physiologischer Kochsalzlösung, und zwar 4—10 g in jeden Knoten.

Hyperemesis gravidarum und ihre Behandlung. *Revue Française de médecine et de chirurgie*, 1903, Nr. 12, par Prof. Dr. Puech, Montpellier.

Das morgendliche Erbrechen Schwangerer ist ohne Bedeutung, solange es nur zur Entleerung schleimig-wässriger Flüssigkeit führt; ernster ist die Form, die zum Erbrechen eines Teiles der Nahrung führt, wenngleich eine ausreichende Menge Nährmaterial zurückzubleiben pflegt. Gefährlich sind nur die Fälle, in denen es zu totaler Intoleranz des Magens gegen flüssige und feste Nahrung kommt. In jedem Falle von Schwangerschaftserbrechen muß eine genaue Untersuchung der Frau, ihrer Sekrete und Exkrete, vorgenommen werden.

Sind andere Ursachen auszuschließen, so empfiehlt sich gegen morgendliches Erbrechen: Einnahme des Frühstückes im Bette; gegen Nahrungserbrechen: eine Viertelstunde vor dem Essen 5—8 Tropfen von

Cocain.hydrochlor. 1'0
Aq. destill. 10'0

oder eine Pille von

Extract. Thebaic. }
Extract. belladonnae } āā 00'1

nach dem Essen: horizontale Ruhelage, eventuell nach dem Essen
jede halbe Stunde ein Eßlöffel von

Aq. chloroform. 75'0
Aq. naphale 50'0
Syr. cort. aurant. 25'0

oder stündlich ein Kaffeelöffel von

Menthol. 1'0
Alkohol 20'0
Aq. destill. 130'0

Sorge für täglichen Stuhl.

Bei den schweren Formen verordne man zweistündlich einige
Löffel eiskühlter Milch; wird Milch nicht vertragen, Ernährung
per Klysma:

zwei Kaffeelöffel Pepton sicc.
ein Eigelb
Tinct. laudani gtts. V
Milch oder Kraftsuppe 150'0

außerdem täglich eine Injektion von 0'5 Natr. cacodyl : 10'0 Aq.
destill., mehrmals täglich Sauerstoffinhalationen 40, 60 l pro die,
abends Chloralklysma 2—4'0 : 100'0

Wenn trotzdem keine Besserung erfolgt, Unterbrechung der
Schwangerschaft.

**Intravenöse Injektion von Adrenalin verbunden mit Herzmassage
und künstlicher Atmung zur Behandlung bevorstehenden Todes.** (La
sémaine médicale XXIII/11).

George Crile in Cleveland empfiehlt zur Behandlung von
Shock oder Vergiftungen in Fällen, wo das Herz zu versagen droht,
auf Grund von Tierexperimenten folgendes Verfahren: Herz-
massage durch kräftige Kompression der linken Thoraxwand, gleich-
zeitig künstliche Atmung, die der Amerikaner durch eine mit
Dynamo betriebene Pumpe bewerkstelligt, mit folgender Injektion
von einer Lösung von Nebennierenextrakt in die Vena jugularis.
Im Tierexperiment bewirkt der Eintritt von Nebennierenextrakt in
den Kreislauf starkes jähes Ansteigen des Blutdruckes und, inner-
halb einer Minute, Wiedereintritt der Herzaktion, nach 2—3 Mi-

nuten spontane Atmung. Die von Crile verwendete Konzentration ist 1 : 50.000. In einem Falle von schwerem Traumatismus vermochte er den Patienten durch bloße intravenöse Injektion von Adrenalin zehn Stunden zu erhalten. Interessant ist es, daß es ihm auch gelang, einen Hund, dem er einen dreimal so starken elektrischen Strom applizierte, als der in Amerika zur Exekution Verurteilter übliche, mit intravenöser Infusion von Adrenalin wiederherzustellen.

Hypodermatisches Purgativum. (Brit. med. Journal Nr. 2181)

Walter Diseon empfiehlt, Apokodein bei subkutaner Anwendung auf seine abführenden Wirkungen zu prüfen. Es setzt den Blutdruck herab, bewirkt Vasodilatation und verstärkt die Peristaltik, wahrscheinlich durch seinen sedativen Einfluß auf die hemmenden, sympathischen Ganglien. Es hat keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Zum Gebrauche empfehle sich eine 1—2%ige neutrale, filtrierte Lösung von Apokodein. hydrochlor.; pro dosi 0.3—0.4 g.

Narkotil (Methyl-aethylen bichlorid) ein neues allgemeines Anaestheticum. Von Tom Eastham. (The Lancet April 1903.)

Narkotil entsteht durch Einwirkung von HCl auf das gemischte Destillat von Aethyl- und Methylalkohol.

Es zersetzt sich nicht bei Licht, ist durchscheinend, farblos, sehr flüchtig, von angenehmem Geruch. Es ist entzündlich. Es empfiehlt sich für kurzdauernde Narkosen und wirkt ähnlich wie Aether: periphere Gefäßdilataion, Atmung anfangs beschleunigt und vertieft, dann schmachend, zuletzt matt. Bei eingetretener Anästhesie besteht keine Muskelrigidität. Pupillenerweiterung und Verengung wie bei den übrigen Narcoticis.

Die Wirkung ist rapid. Das Wiedererwachen ist auffallend durch seine Schnelligkeit, und ist gewöhnlich nicht begleitet von Kopfschmerz, Schwindel. Bei 20 Fällen keine ungünstige Komplikation.

Zur Wiederherstellung der unteren Nasenmuschel durch Paraffininjektionen bei der Behandlung der Rhinitis atrophicans. (Von R. Lake, The Lancet, Jänner 1903.)

Autor referiert über das von ihm empfohlene Verfahren. Das Verfahren ist selbst bei sehr vorgeschrittener Atrophie noch ausführbar, wenngleich nicht so befriedigend, wie in mittelschweren. Man verwende eine 3 g fassende Spritze. Die Nasenschleimhaut ist vorher zu kokainisieren. In geeigneten Fällen genügte eine ein-

malige Injektion; in anderen Fällen mußte wiederholt injiziert werden. Die Patienten fühlen sich subjektiv erleichtert und die lokale Therapie wird wirksamer.

Die natürliche alkalische Medication. (Nach Pascanet Rations et régime alimentaire de l'arthritique.)

Nach dem Prinzip *de minimis curet medicus* sollte die moderne Medizin die Nahrungshygiene popularisieren. Die Gemüse, die im kochenden Wasser Nährsalze und Aroma einbüßen, sollen gedämpft werden. Konservierung der Nahrungsmittel mittels Kochsalz führt zur Auslaugung der übrigen Nährsalze. Reichliche Beimengung von Kochsalz ist insbesondere für Arthritiker eher schädlich. Der Rhachitiker und Tuberkulöse bedarf der Chloride und Phosphate, der Arthritiker, der sie im Ueberschuß besitzt, soll Salze meiden. Der Arthritiker bedarf vor allem der Alkalien, die er durch Früchte und Gemüse zuführen soll. In der Diät sollen daher Brot und Kartoffel prävalieren; die Obstkur kann mit Trauben, Erdbeeren, Äpfeln, Kirschen, Pflaumen, Orangen, ja mit Zitronen gemacht werden. Obst wirkt bei Arthritis ähnlich wie alkalisches Wasser; die abführende Wirkung bekämpft gleichzeitig Ursache und Effekt der arthritischen Affektion. Autor empfiehlt Früchte zum ersten Frühstück, selbst im Bett zu nehmen.

Vergiftungen durch Crèmebäckerei. Einfluß verdorbener Vanille. Von Dr. Peytoureau. (*Revue Française de médecine et de chirurgie.*)

Vf. hat die in den letzten Jahren bekanntgewordenen Fälle von Vanillevergiftung gesammelt und folgende Details dabei feststellen können. Die ersten Erscheinungen pflegen sich, wenige Ausnahmen ausgenommen, gewöhnlich erst zwölf Stunden, manchmal erst 15—20 Stunden nach der Aufnahme einzustellen. Die Schwere der Symptome korrespondiert nicht mit der Menge der genossenen Crème, was auf eine ungleiche Verteilung des Giftes in der Nahrung schließen lassen könnte. Nach mehr oder minder langer Inkubation stellen sich zuerst Schmerzen im Epigastrium oder im Abdomen ein, dazu gesellt sich später Erbrechen, manchmal gallig und übelriechend, mit intensivem Durstgefühl; Unmöglichkeit, zu schlucken. Fieber und Delirium sind im Beginn äußerst selten. Im Anschlusse Koliken mit fötiden Diarrhöen, anfangs wässerig, dann schleimig-membranös oder gallig mit grünlichen reisähnlichen Körnern. Diese Symptome währen 48 Stunden. Hierauf profuse, oft sanguinolente Diarrhöen, dunkler, eiweißhaltiger Harn; dabei Schmerzen in den

Gliedern, und Krämpfe der Extremitäten. Temperatur sehr gesteigert (bis 40.0) oder Hypothermie (35.8), Pupillenerweiterung, Pulsverlangsamung. Absoluter Appetitmangel, Abscheu vor Milch in fast allen Fällen.

Nach 3—4 Tagen Verminderung des Erbrechens und der Diarrhöen. In den tödlich verlaufenen Fällen cholericiformer Verlauf. Der Umstand, daß bei allen bekanntgewordenen Fällen das Vorhandensein von Vanille in der Crème konstatiert wurde und auch nach Genuß von Vanille-Gefrorenem, niemals von Gefrorenem anderer Beimischungen, gleiche Vergiftungserscheinungen provoziert wurden, kann als Beweis dafür angeführt werden, daß es sich um eine Vanillevergiftung handle.

Peytoureau konstatiert eine Ähnlichkeit zwischen der Vanillevergiftung und den Vergiftungen nach Genuß von giftigen oder einige Zeit gelegenen Schwämmen.

Ueber Zurückhaltung von Eihäuten bei normaler Geburt. (Von Budin, Klinik Tarnier, Journal des Praticiens XVII/8).

Die Zurückhaltung von Eihäuten kann sich anschließen an Blutungen während der Schwangerschaft, deren persistierende Gerinsel die Gewebe zur Adhärenz reizen; ähnliche Erscheinungen bei alter Endometritis. Bei großer Brüchigkeit der Eihäute ähnliches Resultat; oder ein supplementärer Kotyledon bewirkt Zerreißung der haftenden Eihäute. Die Verfolgung der Gefäßspur auf den Eihäuten läßt nicht mit Sicherheit das Vorhandensein dieser Anomalie erkennen. Das Credè'sche Verfahren hat häufig zu Eihautretention geführt.

Das Vorhandensein von Eihäuten korrigiert sich mitunter selbst durch Ausstoßung.

Den Vorschlag von Kaltenbach: den Inhalt der Vagina zu entfernen, zur Ausstoßung des Uterusinhaltes Darreichung von Ergotin, lehnt die französische Schule ab, die prinzipiell kein Ergotin gibt, solange irgend etwas in der Uterushöhle sich befindet. Ihr Vorgehen ist folgendes: Hat man die in der Vagina vorhandenen Membranen entfernt, dann muß man, nach sorgfältiger Reinigung der Vagina, einen aseptischen Tampon in die Vulva legen. Vermehren sich die Zeichen der Infektion, dann erst wird, in Narkose, nach gründlicher Desinfektion der Vulva und Vagina, die manuelle Ausräumung mit nachfolgender Spülung vorgenommen.

Zahnheilkunde.

Zwei Vergiftungen mit Anämorenin. Von Philipp.

Ein unterer Weisheitszahn sollte wegen Platzmangel entfernt werden. Patientin hatte vorher wiederholt Kokaïninjektionen anstandslos vertragen. Ph. injizierte ungefähr die Hälfte des einer eben geöffneten Tube entnommenen Anämorenin, als plötzlich die Vergiftungserscheinungen auftraten: Starkes Herzklopfen, leichte Cyanose des Gesichtes, etwas stärkere an den Lippen, die Fingerspitzen und Volarflächen beider Hände anämisch. Die Hände fühlten sich dabei kalt an. Puls, zuerst kaum fühlbar, wurde nach wenigen Sekunden etwas deutlicher, klein, gespannt, Frequenz 108 bis 110. Kurz darauf entwickelte sich ein immer stärker werdender Tremor an allen Gliedern. An den Armen und an den Kiefermuskeln zeigten sich krampfartige Zuckungen, die Kinbacken schlugen aufeinander, und es war der Patientin nicht möglich, ruhig auf dem Stuhle sitzen zu bleiben. Dabei hatte sie ein quälendes Vernichtungsgefühl. Schwindel oder Ohnmacht war nicht vorhanden, auch zeigte sich keine Trübung des Bewußtseins und keine Ueblichkeit. Dieser Symptomenkomplex hielt sich ungefähr 5 Minuten auf der Höhe, dann trat nach Verabreichung eines Glases Wein allmählich Besserung ein. Am längsten hielt der Tremor an, der nach 25 Minuten noch bemerkbar war. Ob das Herz der Patientin gesund war, konnte Ph. nicht feststellen. — Ein ähnlicher Anfall trat wenige Tage später bei einer kräftigen Patientin im mittleren Lebensalter auf. Hier schien eine Herzaffektion vorzuliegen, da häufig Herzklopfen vorhanden und das Treppensteigen beschwerlich war. Schon nach Injektion weniger Tropfen traten bedenkliche Symptome auf, zunächst Herzklopfen, dann Atemnot, Cyanose, Ohnmachtsgefühl. Nach Darreichung von Wein wurde der Puls etwas ruhiger, dagegen trat Zittern am ganzen Körper auf, besonders stark an den unteren Extremitäten. Der Tremor verlor sich erst nach einer halben Stunde, während die anderen Symptome nach wenigen Minuten schwanden.

Beide Fälle zeigen ein übereinstimmendes Bild: Kontraktion der arteriellen Gefäße, Erhöhung des Blutdrucks, vermehrte Pulsfrequenz, Atemnot, Tremor. Ph. bemerkte in letzter Zeit an dem Anämorenin einen eigentümlichen, an Heringlake oder geronnenes Blut erinnernden Geruch, welcher anfangs an dem Präparate nicht vorhanden war, hat aber mit mehreren dieser stark riechen-

den Tuben bis auf die beiden beschriebenen Fälle keine Vergiftung beobachtet. Ob da eine chemische Veränderung vorgegangen ist, in welcher die Ursache der Mißerfolge liegt, kann Verf. nicht entscheiden; jedenfalls muß man bei Herzkranken in der Anwendung besonders vorsichtig sein. — (Deutsche zahnärztl. Wochenchr., 5. Jahrg., Nr. 33.)

R. K r o n f e l d.

Selbstregulierung durch rechtzeitige Extraktion. Von Dr. M. Lipschitz.

Trotz zahlreicher technischer Hilfsmittel bietet die maschinelle Regulierung abnormer Zahnstellungen dem Patienten viele Unannehmlichkeiten. Es empfiehlt sich daher in manchen Fällen eine andere Methode zu wählen, die geradezu spielend die schönsten Erfolge auf dem Gebiete der Regulierungen sichert, die Methode der Selbstregulierung durch rechtzeitige Extraktion. An Modellen, welche vor und einige Zeit nach der Extraktion hergestellt werden, läßt sich mit Leichtigkeit nachweisen, daß nach Beseitigung des Raumhindernisses die anderen Zähne sich spontan in die richtige Stellung begeben. Freilich gelingt dies nur, wenn die Extraktionen nicht zu spät vorgenommen werden. Der geeignete Augenblick für die Operation fällt in jene Zeit, in welcher der falsch gelagerte Zahn sich zum Durchbruche anschickt, bezw. noch etwas früher. Um nun diesen Zeitpunkt nicht zu verpassen, empfiehlt Vf. in allen Fällen, in denen ein Zahn fehlt und Raumangel vorliegt, durch eine Röntgenaufnahme festzustellen, ob der fehlende Zahn retiniert oder überhaupt nicht gebildet ist. Liegen die Verhältnisse so, daß der retinierte Zahn überhaupt nicht oder an falscher Stelle durchbrechen wird, so muß durch Extraktion eines Zahnes für den retinierten Zahn Platz geschaffen werden. Unterläßt man in solchen Fällen einen Eingriff, so entwickeln sich besonders im Gebiete der oberen Eckzähne hochgradige Abnormitäten, die nachträglich sehr schwer zu regulieren sind. Die Indikation für die Extraktion als Mittel zur Selbstregulierung der Zähne ist demnach gegeben, wenn bei unregelmäßig durchgebrochenen Zähnen Raumangel vorliegt, dessen Behebung durch Maschinen auf irgend welche Schwierigkeiten stößt, oder wenn bei Zähnen, die infolge von Raumangel retiniert sind, durch Röntgenaufnahme festgestellt ist, daß der retinierte Zahn gar nicht oder an falscher Stelle zum Durchbruche kommen wird. — (Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk., 20. Jahrg., II. 10.)

R. K r o n f e l d.

Kleine Mitteilungen.

Ueber Theocin (siehe dieses Zentralblatt II. 1, p. 25, und II. 4, p. 252) berichtet ferner J. Meinerz. Aus dessen Beobachtungen geht hervor, daß das Theocin in der Mehrzahl der Fälle einen bemerkenswerten Einfluß auf die Diurese hat. Die Urinmenge wächst meistens sofort beträchtlich an, oft auf das Doppelte, zuweilen auf das Vier- bis Fünffache. Dabei ist die Wirkung niemals nachhaltig, sondern hört nach einigen Tagen, spätestens nach einer Woche, auf, so daß dann eine weitere Verabreichung zwecklos ist. Dennoch scheint keine dauernde Gewöhnung des Körpers an das Mittel einzutreten. Eine gewisse Höhe des Blutdruckes scheint überhaupt zum Zustandekommen der Theocinwirkung notwendig zu sein, eine Kombination des Theocins mit kleinen Digitalisdosen dürfte sich daher in manchen Fällen sehr empfehlen. Viele Patienten vertrugen das Mittel ohne jegliche Beeinträchtigung ihres subjektiven und objektiven Wohlbefindens, bei anderen traten die Störungen in sehr ausgeprägtem Maße hervor. Irgend welche Schädigungen der inneren Organe, namentlich der Nieren, sind nie beobachtet worden, ebensowenig Erregungszustände oder Schlaflosigkeit. Eiweiß im Urin ist bei vorher eiweißfreien Patienten niemals aufgetreten. Ebenso günstig lauten Berichte von C. Doering, nach dessen Erfahrungen das Theocin ein Mittel ist, welches in verhältnismäßig kleinen Tagesdosen (0·5—0·9) ebenso gute, vielfach aber bessere Wirkung hat als das Diuretin in weit größeren Dosen. Vertragen wurde es in jeder Darreichungsweise, am besten, wenn es einfach in Oblaten gegeben wurde. Manche Patienten, und merkwürdiger Weise meist Männer, haben das Mittel schlechter vertragen und mehrmals stellte sich unangenehmes Erbrechen ein. Auch das wurde meist überwunden, wenn möglichst kleine Einzeldosen (0·15) gegeben wurden. Der Appetit wurde eigentlich niemals beeinflußt, allerdings darf das Mittel nicht auf nüchternen Magen gegeben werden. Hauptsächlich indiziert erscheint es da, wo es sich darum handelt, einen großen Hydrops schnell zu beseitigen. — (Therap. Monatsb. Nr. 2, 1903; Münch. med. Wochenschr. Nr. 9, 1903.)

Zur Frage von der Wirksamkeit der Hetolbehandlung. Von Dr. Sigismund Cohn. Zur Prüfung der Hetolwirkung wurden durchwegs Patienten gewählt, deren günstige materielle Lage die

gleichzeitige Einhaltung vorteilhafter Ernährungs- und Lebensbedingungen gewährte. Die Injektionen wurden streng nach *Landerer* angewendet. Zur Kontrolle wurden die Patienten alle drei Wochen gewogen, der Auswurf bakteriologisch untersucht und der physikalische Befund stets genauestens notiert. Es wurden wöchentlich drei Injektionen von 0·0005—0·009 steigend gegeben. Von 14 derartig behandelten Fällen, über die genaue Krankengeschichten beigegeben sind, wurde nur einer gebessert, sieben blieben unverändert, fünf verschlechterten sich, einer starb, also ein für die Beurteilung der Hetoltherapie höchst ungünstiges Resultat. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13, 1903.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Anästhesin. (Dr. E. Ritsert) ist der p-Amidobenzoesäureester ein feines, weißes, leicht zerstäubbares Pulver, fast unlöslich in kaltem, schwer löslich in heißem Wasser, leicht löslich in Alkohol, Aether, Benzol und fetten Oelen. In Mandelöl löst es sich bis zu 2%, in Olivenöl bis zu 3% und lassen sich diese Oelanästhesinlösungen, ohne Zersetzung zu erleiden, sterilisieren und zur subkutanen Injektion verwenden. Mit Fetten, wie Lanolin etc., läßt sich das Anästhesin zu allen Arten von Salben verarbeiten. Das Mittel ist ein Localanästheticum, welches sich durch langandauernde Wirkung, absolute Reizlosigkeit, Ungiftigkeit auszeichnet. Es ist innerlich in Dosen von 0·2—0·5 dreimal täglich bei Hyperäthesie des Magens, Ule. ventric., nervöser Dyspepsie etc, indiziert. Ferner eignet es sich zu Inhalationen in Lösung, sowie in Form von Urethralstäbchen, Suppositorien etc., sowie 5—6%igen Salben bei verschiedenen Reizzuständen der Schleimhäute und der Haut, besonders soll es bei diabetischem Pruritus günstig wirken.

Mesotan, ein äußerliches Antirheumaticum. Von Dr. K. Liepelt. Das Mittel wurde in 30 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, in der Mehrzahl schwerere Fälle, angewendet. Es wurde das Mittel mit gleichen Teilen Olivenöl vorsichtig und ohne stärkeren Druck eingerieben und die betreffende Hautstelle mit Watte und Billroth-Battist bedeckt. Der erste Urin nach der Einreibung gab schon deutliche Salizylreaktion, nach vier Stunden bereits sehr starke. Die Einreibung wurde dreimal täglich vorgenommen und stets ließen die Schmerzen nach. Oft war eine innere

Salizyldarreichung überflüssig. Bei den verschiedenen Formen von Muskelrheumatismus führt der alleinige Gebrauch von Mesotan oft zum Ziele. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16.)

Gegen die lancinierenden Schmerzen der Tabiker:

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| 1. Rp. Solanini | 1.50 |
| Vanillini | 0.005 |
| Extr. archangelic. | } \overline{aa} q. sat. |
| Extr. valerian. | |

ut f. pilul. Nr. triginta. Obduce fol. argent. S. Dreistündlich eine Pille zu nehmen.

- | | |
|-----------------------------------------|-----|
| 2. Rp. Veratrol | 0 2 |
| Dtr. tal. dos. ad. caps. gelat. | |
| S. Zweistündlich eine Kapsel zu nehmen. | |

Bei Arthritis:

- | | |
|------------------------------------------|------|
| Rp. Methyl. salicyl. | 10.0 |
| Mentholi | 5.0 |
| Spirit. vin. conc. quant. sat. ad solut. | |
| Collodii ricinati | 60.0 |
| D. S. Zum Einpinseln. | |

Bei Erbrechen:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1. Rp. Chloroformii | 20.0 |
| Tinct. jod. | 2 0 |
| D. S. Dreimal tägl. je 5 Tropfen in Wasser zu nehmen. | |
| 2. Rp. Tinct. nuc. vomie. | 2.0 |
| Mentholi | 0.5 |
| Spirit. vin. rectific. | 10.0 |
| D. S. Jede halbe Stunde zehn Tropfen in einem Kaffeelöffel Chloroformwasser zu nehmen. | |
| 3. Rp. Cocain. mur. | 0.02 |
| Antipyr. salicyl. | 2.0 |
| Aq. destill. | 120.0 |
| D. S. Stündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen. | |
| 4. Rp. Cocain. mur. | 0.05 |
| Mentholi | 0.10 |
| Spirit. vin. quant. sat. ad solut. | |
| Aq. chloroformii | } \overline{aa} 75.0 |
| Aq. cort. aurant. | |
| M. D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen. | |

Bücher-Anzeigen.

Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis.

Von Dr. med. Bernhard Prösch. Würzburg. A. Stubers Verlag.

Indem der Stoff in dem vorliegenden Werke nach Art eines Lexikons angeordnet ist, scheint dasselbe seinem Zwecke, dem praktischen Arzte rasch und bequem Winke über die Verwertung der physikalisch-diätetischen Therapie zu geben, vollkommen zu entsprechen. Vorwiegend werden die physikalischen Heilmethoden darin abgehandelt, ohne daß die Diätetik dabei zu kurz kommt. Dem Autor ist es jedenfalls gelungen, in übersichtlicher Weise ein so schweres und wichtiges Kapitel der modernen Therapie weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Offer.

Die rationelle Behandlung der Zuckerkrankheit. Von Dr. A.

Lorand, Berlin. Verlag von August Hirschwald.

Das Büchlehen vermehrt die Zahl der so zahlreichen Abhandlungen und Werke über die Therapie des Diabetes mellitus ohne wesentlich neue Gesichtspunkte zu bringen. Als Karlsbader Arzt sieht sich der Autor verpflichtet, den Heilerfolg der Karlsbader Kur in

möglichst günstiges Licht zu rücken. Ganz eigentümliche Ansichten werden in dem Buche über die Toleranz und die Bestimmung der Toleranz geäußert. Im übrigen finden sich die von anderer Seite schon ausgeführten Verbote gewisser Speisen und der Hinweis auf Nahrungsmittel, welche erlaubt sind, wieder. Offer.

Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. Von L. Piskaček. Zweite umgearbeitete Auflage. Mit 95 Abbildungen. Wien und Leipzig 1899. W. Braumüller.

Wenn ein Buch im Verlaufe kurzer Zeit eine zweite Auflage erlebt, so ist dies immer eine gute Empfehlung für dasselbe. Es ist ein Zeichen dafür, daß es gut ist und gewisse Vorzüge besitzt. Das trifft auch bei dem eben erschienen Lehrbuch von Piskaček vollinhaltlich ein, indem es in seiner einfachen und klaren Schreibweise äußerst gehaltvoll ist und alles das bietet, was für die ihren verantwortungsvollen Beruf ausübende Hebamme von Wichtigkeit ist. Der Vf. ist dabei bestrebt, dem geistigen Niveau der Leserinnen gerecht zu werden und ihnen den zu behandelnden Stoff in leicht faßlicher Form vorzuführen, was umso höher anzuschlagen ist, als ja bekanntermaßen der Bildungsgrad der Hebammen kein allzu hoher ist. Geht man in die Details des Lehrbuches ein, so findet man, daß einige Kapitel mit einer ganz besonderen Liebe erschöpfend ausgearbeitet sind. Besonders die so wichtige Anti- und Aseptik sind in leicht faßlicher und ausführlicher Weise abgehandelt und, dem Leserkreise entsprechend, in leicht verständlicher Weise abgefaßt. Aus der großen Zahl der Desinfizientien werden die gebräuchlichsten und wichtigsten, ihrem verschiedenen Werte entsprechend, einer diesbezüglichen Besprechung unterzogen. Ganz besonders wird die Sterilisation durch Siedehitze (Kochen), ihrem hohen praktischen Werte entsprechend, eines Ausführlichen besprochen. Weiters darf nicht unerwähnt bleiben, daß einzelne Kapitel der operativen Geburtshilfe gewidmet sind, und zwar der Besprechung der Wendung und Extraktion. Es mußte dies in den Rahmen des Buches eingefügt werden, weil ja bekanntlich die Hebammen verhalten sind, bei der unter Umständen großen Schwierigkeit, auf dem Lande rechtzeitig einen Arzt zuzuziehen, im Bedarfsfalle die Wendung oder Extraktion des Kindes in selbsteigener Person vorzunehmen. Infolge dessen mußten auch die praktisch wichtigsten Typen des engen Beckens beschrieben und abgebildet werden. Die Bilder selbst sind zumeist nach Photographien gemacht und, soweit sie operative und manuelle Eingriffe betreffen, nach dem Leben wiedergegeben und wirken dadurch wie die unmittelbare Beobachtung am Kreißzimmer. Eine Abbildung und Beschreibung des Hebammeninstrumentariums ist für die Bestimmung des Lehrbuches von besonderer Wichtigkeit und erregt selbst das Interesse des Geburtshelfers. Zum Schlusse wäre noch zu bemerken, daß die ganze Ausstattung des Buches in Papier, Druck und Einband, den Traditionen des herausgebenden Verlages entsprechend, eine tadellose ist. Königstein.

Veronal, ein neues Schlafmittel.

Von **Dr. Th. Rob. Offer.**

Im März dieses Jahres veröffentlichten Emil F i s c h e r und v. M e r i n g¹⁾ ihre Beobachtungen über eine neue Klasse von Schlafmitteln. Es sind dies Harnstoffderivate, von welchen die einen sich von der Dialkyllessigsäure, die anderen von der Diäthylmalonsäure ableiten.

Das wirksamste der verschiedenen Präparate war der Dipropylmalonylharnstoff, etwa viermal so stark als das Sulfonal, aber es hat nicht selten eine auffallend lange Nachwirkung. E. F i s c h e r und v. M e r i n g empfehlen den Diäthylmalonylharnstoff, welcher von der Firma M e r k in Darmstadt unter dem Namen V e r o n a l in den Handel gebracht wird.

Da es trotz der zahlreichen Schlafmittel häufig der Fall ist, daß bei schwerer, lang anhaltender Schlaflosigkeit das ganze Repertoire abgespielt ist und der Kranke auf keines der üblichen Mittel schläft oder, wenn er schläft, nur bei Dosen, die dem Allgemeinbefinden schädlich sind, kann die Eröffnung einer neuen Klasse nur willkommen sein.

Ich hatte in meiner Anstalt gerade kurz nach Erscheinen des erwähnten Artikels Gelegenheit, ein bisher noch nicht angewendetes Schlafmittel zu suchen.

Diese durch mehrere Wochen gesammelten Erfahrungen will ich in Kürze zur allgemeinen Kenntnis bringen.

F i s c h e r und v. M e r i n g geben 0·5 g als Dosis an, welche bei gewöhnlicher Schlaflosigkeit genügen; bei Agrypnie mit stärkeren Erregungszuständen kann man die Dosis auf 1 g steigern.

Auch ich fand in der Regel mit Dosen von 0·5—1·0 g mein Auskommen. Ich verfuhr gewöhnlich so, daß ich mit 0·5 g — in einem einzigen Falle mit 0·3 g — anfang und jeden Tag um 0·05 g stieg. Diese allmähliche Steigerung erwies sich bei einigen Fällen deshalb von Vorteil, weil bei kontinuierlichem Gebrauche der gleichen Dosis der Effekt des Einschlafens immer mehr sich hinaus-schob. Ich stieg so lange damit an, bis ich die später zu erwähnen-

¹⁾ „Die Therapie der Gegenwart.“ H. 3.

den Nachwirkungen beobachtete. Dann sank ich wieder in demselben Maße ab. In einem Falle, in welchem das Veronal durch fast zwei Monate täglich genommen wurde, mußte ich die Dosis auf 1 g erhöhen, während in einem anderen bei gleicher Gebrauchsdauer auch heute noch 0.5 g genügen, um erquickenden Schlaf zu erzeugen.

Der Grund, weshalb ich Wert darauf lege, daß das Veronal baldmöglichst Einschlafen bewirke, liegt darin, daß in jenen Fällen, in welchen die einschläfernde Wirkung verzögert wird, das Mittel nicht vollständig ausgeschlafen werden kann und am nächsten Tage Nachwirkungen hat, die sich in Taumlichsein, Kopfschmerzen, manchmal in Schwindel und Ueblichkeit dokumentieren. Aehnliche Nachwirkung beobachtete U. R o s e n f e l d²⁾ bei Dosen von 1.0 g.

Größere Dosen als 1.0 g zu geben, wird in äußerst seltenen Fällen notwendig sein und ist auch wegen der Nachwirkungen nicht ratsam.

Gute Dienste wird das Veronal in Fällen leisten, in welchen man nur kurze Zeit Schlafmittel geben will, denn soviel ich bisher sehen konnte, tritt keine Angewöhnung ein, und ist der Schlaf, der damit erzeugt wird, ein dem normalen fast gleicher. Die Patienten können leicht daraus erweckt werden, sind rasch orientiert, und schlafen selbst nach Unterbrechung ihres Schlafes wieder ein, was bei anderen Hypnoticis nicht der Fall ist.

Ich glaube, mit der Veröffentlichung meiner derzeitigen Beobachtungen Anregung zu einer weiteren Prüfung des Veronals geben zu dürfen.

Die Heilung des chronischen Morphinismus durch eine neue Behandlungsweise.

Von **Dr. C. Engelskjön** in Christiania.

(Schluß.)

Es kommt mir vor, daß dieser Schluß nur dadurch entkräftet werden könnte, daß sich ein individuelles Widerstandsvermögen gegen das Morphingift bei mir konstatieren ließ. Meine Krankheit hat ja aber eben das Gegenteil dargelegt.

Ich darf nicht unterlassen, hinzuzufügen, daß mein Gewicht während der ersten Wochen unverändert verblieb, aber den

²⁾ ibid H. 4.

17. Jänner 78·00 kg betrug. Diese Steigerung mit 2·50 kg erscheint auffallend.

Sobald der erwähnte Versuch beendet war, nahm ich die am 30. Oktober 1902 unterbrochene Behandlung mit den Morphintropfen wieder auf. Unten teile ich einen Extrakt meines Tagebuches mit.

21. J ä n n e r 1903. Einspritzungen seponiert. Tagesdosis der Morphinlösung 40 Tropfen dreimal täglich (0·096 g Morphin).

24. J ä n n e r. Tagesdosis 30 Tropfen dreimal täglich (0·072 g).

26. J ä n n e r. Tagesdosis 25 Tropfen dreimal täglich (0·060 g).

8. F e b r u a r. Seit dem 26. Jänner bin ich an einer heftigen Rheumatose leidend gewesen, weshalb ich einmal täglich 0·005 g Morphin als Einspritzung benutzt habe. Zugleich habe ich mit den Morphintropfen unverändert fortgesetzt und Aspirin genommen. Einspritzungen heute seponiert.

9. F e b r u a r. Abend. Tagesdosis erhöht, 30 Tropfen dreimal täglich (0·072 g).

27. F e b r u a r. Tagesdosis 20 Tropfen dreimal täglich (0·048 g).

28. F e b r u a r. Tagesdosis wieder erhöht, 30 Tropfen dreimal täglich (0·072 g).

8. M ä r z. Tagesdosis 25 Tropfen dreimal täglich (0·060 g).

12. M ä r z. Anfall von Gallensteinkolik. Einspritzung von 0·0038 g Morphin.

24. M ä r z. Seit dem 8. habe ich fortwährend 25 Tropfen genommen. Gestern nahm ich während 20 Stunden keine Tropfen, ohne Unwohlsein zu spüren.

26. M ä r z. Die Kur glücklich beendet. Gewicht 79·20 kg, also seit dem 17. Jänner um 1·20 kg zugenommen.

Im Anfang, ehe ich mit den fruchtlosen Entziehungsversuchen begann, hielt ich meinen Krankheitsfall für einen leichten. Aber während jener schwächenden Versuche traten ernste Symptome auf. Meine Zähne wurden von akuter Karies befallen, deutliche Gedächtnisschwäche fand sich ein, ich wurde sehr schläfrig, die Blase zeigte sich des Morgens paretisch, und mehrmals ließ sich Zucker in dem reichlichen Harn nachweisen. Daß ich unter diesen Verhältnissen nur mit Unlust zu dem zehnten Wochen dauernden Versuch ging, wird man verstehen. Aber zu

meiner Ueberraschung besserten sich jene Symptome deutlich schon während dem Versuch, und, wie schon früher bemerkt, nahm mein Gewicht um 2.50 kg zu. Sollte das die Chylusgefäße passierende Morphin nicht bloß eine symptomatische, sondern auch eine wahre therapeutische Wirkung auf das erkrankte Nervensystem ausgeübt haben? Das würde doch ziemlich unwahrscheinlich sein. Ich lasse die Tatsache dahinstehen.

Während der eigentlichen Kur besserten die Symptome der chronischen Vergiftung sich auf eine noch erfreulichere Weise und machen sich jetzt, einen Monat nach dem Schluß der Behandlung, nur noch wenig geltend, obgleich ich mir keine Ruhe gegönnt habe. Der Urin hat an Quantität abgenommen, und Zucker erscheint nicht mehr darin; die Interesselosigkeit ist ebenso wie die Schläfrigkeit ganz geschwunden, und die Gedächtnisschwäche und die Blasenparese machen sich jetzt nur noch wenig geltend. Ganz auffallend war mir das plötzliche Aufhören der akuten Zahnkaries. Von den geschilderten Krankheitssymptomen abgesehen, war mein Befinden während der Kur das bestmögliche, meine Eßlust hob sich, und ich konnte meinem Beruf die ganze Zeit ohne Schwierigkeit nachgehen. Eine Neigung zum Spritzen habe ich absolut nicht empfunden, weder während der Kur, noch später, und ich habe das bestimmte Gefühl, daß, wenn eine solche sich efinden sollte, eine Dosis Morphintropfen den abnormen Drang leicht beseitigen wird.

Wir werden uns jetzt an eine sehr dunkle Frage wenden. Warum entfaltet das Morphin, wenn es aus dem Darmkanal in den Chylusgefäßen aufgenommen wird, Wirkungen, die zum Teil* im diametralen Gegensatz zu denen stehen, welche das ins Zellgewebe direkt eingespritzte Morphin hervorruft! — Die Beantwortung muß der späteren Forschung überlassen werden. Ich will nur bestimmt akzentuieren, daß von einer Suggestion als Heilungsmoment in meinem Fall absolut nicht die Rede sein kann. Einerseits waren die Symptome zu ernst, und anderseits fehlte mir die notwendige persönliche Bedingung: die siegessichere Ueberzeugung. Ich ging vielmehr zagend und von Zweifel geplagt ans Experiment, also in einem Gemütszustand, welcher für das Zustandekommen eines „Mirakels“ durchaus ungünstig ist.** Die

* Die narkotische Wirkung ist jedenfalls dieselbe.

** Jedermal aber, als ich die Entziehungskur anfang, war ich voll Hoffnung und Zuversicht und doch hat es mir nicht geholfen. Außerdem kann das Re-

Frage von den besonderen Wirkungsweisen des Morphins bei innerlicher und äußerlicher Anwendung, welche meines Wissens nie verhandelt worden ist, muß daher zur genauen Prüfung aufgenommen werden. Die Nachprüfung meiner Kurmethode würde eine praktische Einleitung bilden können; dann würden Untersuchungen, ähnlich wie Fausts und Hirschlaffs*** vielleicht Licht über die Kernfrage verbreiten.

Vor dem Beginn meiner Kur injizierte ich mich, wie man sich erinnern wird, täglich mit 0·025 g Morphin. Um dieses zu ersetzen und Abstinenzen zu entgehen, mußte ich 0·096 g inwendig nehmen, also fast genau die vierfache Menge. Denken wir uns nun einen Fall, wo das täglich injizierte Morphin 3·00 g beträgt, werden wir auch hier das einfache Quantum, also 12·00 g geben müssen? — Im bestätigten Fall würde natürlicherweise die Behandlung von Fällen mit bedeutenderem Morphinkonsum ganz einfach sich selbst verbieten. Glücklicherweise ist aber jene Berechnungsweise der Anfangsdosis unzweifelhaft unrichtig. Erinnern wir uns nämlich der bekannten Tatsache, daß man einem Morphinisten, der sich täglich bedeutendere Quanten des Giftes injiziert, im Anfang ein Drittel, ja die Hälfte der Tagesdosis plötzlich entziehen kann, ohne daß es ihm übel bekommt, so schließen wir daraus, daß nicht eigentlich die Größe der Tagesdosis, sondern vielmehr die Grenze, bei welcher Abstinenzen entstehen, uns als indikatorischer Leitfaden dienen muß. Da wir aber sonst nichts Bestimmtes wissen können, empfiehlt sich ein vorsichtiges Prüfen, indem wir stufenweise die Dose vergrößern, bis daß die Grenze gefunden wird, wo Abstinenzen nicht mehr entstehen. Auf dieser Stufe verharren wir dann z. B. drei Tage, indem wir das Spritzen ganz oder teilweise weglassen, und steigen dann jeden dritten Tag vorsichtig herab. Treten Abstinenzen auf, erhöhen wir sogleich die Tagesdosis.

Vielleicht könnte man durch ein einfacheres Verfahren, für welches ich jedoch keineswegs verant-

sultat meines zehn Wochen langen Versuches unmöglich als ein suggestives erklärt werden. — In dieser Verbindung dürfte auch die in diesem Aufsatz besprochene alte Dame dann erwähnt werden, die jährlich für 88 Mark Morphin verbrauchte. Daß sie nicht an Morphinismus erkrankte, kann doch wahrhaft nicht auf Suggestion zurückgeführt werden.

*** Siehe „Centralblatt für die gesamte Therapie.“ Seite 88, 1903: „Ein Heilserum etc.“

wortlich sein will, die für die einzelnen Fälle passenden Anfangsdosen nachweisen. Man könnte es jedenfalls versuchen.

Ich habe in diesem Aufsatz Dr. A. Fromme erwähnt. Daß sein Antimorphin jetzt kein Mysterium mehr ist — weder in der einen noch in der anderen Beziehung — dürfen wir nicht bezweifeln. In einer reklamenmäßigen Broschüre, welche zugleich als Brauchsanweisung dienen soll, hat Fromme die für die verschiedenen Grade des Morphinkonsums der Morphinisten passenden Anfangsdosen seines Antimorphins in Kubikzentimeter angegeben. Den Morphingehalt dieser speziellen Dosen hat nun Professor Karl Mörrner in Schweden bestimmt und in der Form der nachstehenden tabellarischen Uebersicht veröffentlicht.*

Injektionsdosis pro die	Entsprechende Antimorphindosis in m ³	Morphingehalt nach Mörrner
1.00 g — 0.50 g	28 — 21 m ³ **	0.55 g — 0.40 g
0.50 g — 0.25 g	24 — 18 m ³	0.50 g — 0.35 g
0.25 g — 0.10 g	20 — 15 m ³	0.40 g — 0.30 g

Die Zuverlässigkeit der Fromme'schen Angaben vorausgesetzt, sollte also die Größe der therapeutischen Dosis mit der wachsenden Größe der Injektionsdosis im umgekehrt proportionalen Verhältnis stehen; vergleiche die beiden untenstehenden, aus der Tabelle entnommenen Zahlenreihen:

Injektionsdosis pro Tag.	Behandlungsdosis pro Tag.
1.00 g	0.55 g
0.50 g	0.50 g
0.25 g	0.40 g

Man erlaube mir noch einige Worte über die A b s t i n e n z s y m p t o m e, welche von einem gewissen mysteriösen Dunkel umgeben zu sein scheinen. — Man kann den Morphinismus als eine von einer Vergiftung bedingte und unter kachektischen Symptomen verlaufende Nervenkrankheit bezeichnen. Die verschiedenen Symptome lassen sich ja alle zu einem Leiden entsprechender Nerven zurückführen. Am meisten leidet das trophische und sekretorische Nervensystem; der Körper magert ab, die Talgdrüsen der Haut atrophieren, weshalb die Haut Glanz und Geschmeidigkeit verliert. Die Schweißsekretion nimmt ab

* „Svensk pharmak. Tidschrift“, Nr. 17, 1902.

** Soll auch für alle höheren Grade des Morphinismus hinreichend sein.

oder wird enorm vermehrt, die Nägel werden spröde und rissig, die Zähne von akuter Karies befallen und die Haare fallen aus. Die Mundschleimhaut wird trocken, die Pepsinabsonderung der Magenschleimhaut nimmt ab, während die Salzsäurebildung zunimmt, die Schleimdrüsen des Darmtrakts werden gelähmt, und im Harn kann öfters Eiweiß und Zucker nachgewiesen werden. Das Herz entartet fettig. Parese des Darmtrakts und der Blase, besonders des ersteren, wird selten vermißt. Große Mattigkeit befällt den Kranken, er wird interesselos und schläfrig und sucht gern das Bett; sein Gedächtnis schwindet mehr und mehr, ebenso wie zuletzt auch sein Urteilsvermögen. — Aber die Gefühlsnerven, fragt man, werden diese denn von der Entartung verschont? — Keineswegs. Die Gefühlsnerven werden sogar sehr früh ergriffen, und ihr Leiden ist in der Tat das erste Symptom, wodurch der Kranke Kenntnis über seine unglückliche Lage bekommt. Solange er sich aber hinreichend Morphin einspritzt, vernimmt er freilich nichts, weil die narkotische Wirkung des Giftes die Fortpflanzung der abnormen Sensationen zum Sitz des Bewußtseins verhindert. Sobald aber das zirkulierende Morphin durch chemische Veränderung und Ausscheidung hinreichend an Quantität verliert und nicht durch erneuerte Zufuhr ersetzt wird, fangen die Leiden an. Diese sind es in der Tat, welche wir Abstinenzen nennen.

Ob aber das unveränderte, oder das im Organismus chemisch zerlegte Morphin das wirksame pathogene Moment bildet, wissen wir nicht. Nur wissen wir bestimmt, daß die Hypothese vom Oxydimorphin unhaltbar ist, da ja das Morphin unverändert im Darmkanal wieder erscheint.

Man wird nun manches verstehen können, was früher ziemlich mysteriös erschien. Man wird sich beispielsweise erinnern, daß man einem Morphinisten, der täglich ein bedeutendes Quantum verbraucht, ein Drittel oder sogar die Hälfte seiner Tagesdosis plötzlich entziehen kann, ohne daß dadurch Abstinenzen entstehen. Um dies zu erklären, muß man sich weiter erinnern, daß in jedem speziellen Fall ein der Größe des Leidens entsprechendes tägliches Quantum Morphin erforderlich ist, um die krankhaften Sensationen zu bekämpfen. Ist nun durch die Uebertreibung des Kranken das in seinem Organismus zirkulierende Quantum, sagen wir, das Zweifache von dem, was er wirklich nötig hat, geworden, wird man ihm folglich die Hälfte der Tagesdosis als überflüssig

entnehmen können, ohne daß er es wahrnimmt. — Auch beobachtete man gewöhnlich, daß die Abstinenzen (wie in meinem Fall) im letzten Stadium der Entziehungskur nach jeder Reduktion auffallend langsam weichen. Dies kommt daher, daß die Restitution der Nerven keineswegs mit der Morphinreduktion Schritt zu halten braucht. — Weiter sieht man, wie es ja auch aus meinem Fall hervorgeht, daß die Abstinenzen ungemein lange andauern können, nachdem der letzte Morphinrest fortgelassen ist. Es scheint, als ob man dies mit einer außergewöhnlich langsamen Ausscheidung jenes Restes in ursächliche Verbindung gebracht hätte. Das Morphin erscheint aber schon früh im Darmkanal, von welchem es also — nach meiner Beobachtung — die chronische Vergiftung nicht ferner unterhalten kann. Die individuelle Reparabilität der kranken Nervenelemente muß aber, wie schon bemerkt, aus manchen Gründen eine sehr ungleiche sein, und hier ist deshalb offenbar die Ursache zur Protrahierung der Abstinenzen zu suchen.

Zur Klimatotherapie der Tuberkulose.

Von **Dr. Julius Pollak**, em. Hausarzt der Heilanstalt Alland.

(Schluß.)

Der berühmteste und älteste Höhenkurort in den europäischen Alpen ist Davos in Graubünden (Schweiz). Dieser Ort liegt zirka 1560 m über dem Meeresspiegel. Dieselbe Bedeutung, die Görbersdorf für die Heilstättenbehandlung, als erste unter allen Anstalten besaß und heute noch besitzt, hat Davos als Höhenkurort in der Phthiseotherapie. Seine gegen Süden offene Lage, am unteren Teile eines gegen Süden und Südwesten gerichteten Bergabhanges sichern ihm eine auch im tiefsten Winter mehrstündige, intensive Besonnung, aber auch die niedrigen Schattentemperaturen werden kaum unangenehm fühlbar, infolge des äußerst geringen Feuchtigkeitsgehaltes der Luft, und der in den Wintermonaten fast absoluten Windstille. Davos ist in neuerer Zeit nur Winterkurort, denn im Winter ist die Luft vollkommener staubfrei, da ja von Anfang November bis Ende März tiefer Schnee liegt, während in den Sommermonaten doch ziemlich viel Staub herrscht, die intensive Sonnenbestrahlung eine oft unerträgliche Hitze verursacht, die Morgen- und Abendtemperatur hingegen nicht selten eine ziemlich niedere ist. Davos ist wohl jetzt einer der

besuchtesten Höhenkurorte der Welt, eine große Anzahl von Heilstätten für Lungenschwindsüchtige sind in relativ kurzer Zeit in Davos und den dazugehörigen Orten, wie Davos-Dörfli, Davos-Frauenkirch, -Wiesen etc. entstanden, die jüngsten derselben sind mit allem erdenklichen Komfort ausgestattet und entsprechen den allerstrengsten hygienischen Anforderungen.

Ähnliche klimatische Verhältnisse wie in Davos bestehen in St. Moritz im Oberengadin, es liegt noch bedeutend höher als Davos, 1835 m über dem Meeresspiegel. Entsprechend der höheren Lage tritt Schneefall noch früher als in Davos ein, und die Schneeschmelze etwas später. Die Zahl der vollkommen sonnigen, windstillen Wintertage ist noch größer als in Davos, die absolute Feuchtigkeit, die Menge der Niederschläge, die Zahl der Regentage noch geringer.

Noch höher (1860 m), inmitten des Graubündener Hochtales, liegt das Arosler Tal. Seit 1887 besteht dort ein Sanatorium. Ringsherum sind schöne Wälder, welche in einer solchen Höhe zu den größten Seltenheiten gehören. Da das Tal ringsum von hohen Bergen umgeben ist, herrscht eine beinahe absolute Windstille, selbstverständlich ist in einer solchen Höhe auch die Besonnung eine besonders intensive, die Lufttrockenheit ist eine solch bedeutende, daß in deren Folge selbst exzessiv tiefe Temperaturen noch ganz gut vertragen werden können; beide zusammen üben eine starke Wirkung auf die menschliche Haut aus, indem sie dieselbe ebenso bräunen, wie dies sonst nur in den Tropengegenden der Fall ist. In diesen Höhen ist der April noch sehr kalt, auch der Mai erhebt sich kaum über das Jahresmittel, hingegen ist der Oktober noch warm, manchmal auch noch der November. Die trockenste und heiterste Jahreszeit ist der Winter, die Winterkuren weisen auch die besten Erfolge auf.

In die Reihe der Gebirgsklimate gehören die verschiedenen Kurorte, die im Gebirge liegen, wie auch ein großer Teil der deutschen Heilstätten.

Hieher gehören die im Rhontale liegenden Kurorte und Heilanstalten der Schweiz. In der Höhe von 1264 m liegt Leysin mit mehreren mit allem Komfort versehenen und allen Anforderungen der Hygiene entsprechenden Sanatorien.

Am Genfer See (375 m über dem Meere) liegt eine Reihe von Winterkurorten, die hervorragendsten sind: Vevey, Territet,

Montreux, die eigentlich verschiedene Benennungen ein und desselben Ortes bilden, daher klimatisch gleichwertig sind. Hier wird das Klima nebst den unliegenden Bergketten auch durch den einen Flächenraum von 578 qkm einnehmenden Genfer See wesentlich beeinflusst. Die unmittelbare Nähe der hohen Berge bedingen ziemlich häufigen Schneefall, nicht selten tüchtiges Schneegestöber. Der Einfluß der großen Wasserfläche ist unverkennbar, durch diese findet eine Abkühlung im Frühjahr und Sommer statt, eine Erwärmung im Herbst und Winter. Nicht selten findet man noch im Jänner und Februar blühende Rosen, reife Erdbeeren, Himbeeren und Feigen. In manchen Beziehungen wirkt der See aber auch ungünstig auf das Klima, so verursacht er besonders im Spätherbste häufige Nebel, indem er viel wärmer als die umgebende Luft, seine Wasserdünste an die kalte Atmosphäre abgibt, dieser Nebel kann so dicht werden, daß er manchesmal tagelang hindurch die Sonnenstrahlen nicht durchläßt. Die Nebel schweben meist in der Höhe von 300 m, über denselben ist klarer Himmel. So ist z. B. Les-Avants, welches schon 1000 m hoch liegt, beinahe das ganze Jahr hindurch vollkommen nebefrei.

Eine große Anzahl klimatisch ausgezeichneter Orte besitzt das benachbarte Tirol, leider sind diese noch immer zu wenig gewürdigt und werden viel zu selten von Lungenkranken aufgesucht. Ich will nur das am Südabhange des Brenners gelegene Gossensaß, das in vielen Dingen Davos klimatisch weit übertrifft, ferner die Mendel, Karersee, Innichen, Toblach u. a. m. erwähnen. Von den Südtiroler Kurorten sind Meran, Gries, Arco die bekanntesten.

Meran liegt 319 m. über dem Meere, einer der ältesten österreichischen Winterkurorte, ist besonders im Herbst und im Frühjahr als Uebergangsstation für den tieferen Süden viel besucht. Für den Winter ist es nicht besonders geeignet; häufig von Winden heimgesucht, besitzt es keine ausreichende Besonnung und ist auch infolge seiner Bodenbeschaffenheit nicht genügend staubfrei.

Noch tiefer (275 m) liegt Gries, von Bozen durch den Talerfluß getrennt. Klimatisch unterscheidet es sich wenig von Meran, ist eben deshalb besonders als Uebergangsstation geeignet. Etwas südlicher von beiden, in einer geringen Entfernung des Gardasees, liegt Arco (93 m ü. d. M.). Sein Klima ist um einige Grade milder

als das Merans und Gries. Seit kurzem besteht auch dort ein Sanatorium für Lungenkranke.

Neben diesen ausgesprochenen Winterkurorten gibt es eine Reihe solcher, die bisher nur im Sommer von Lungenkranken besucht werden. Hieher gehört **Gleichenberg**, welches schon seit 50 Jahren von Kranken aufgesucht wird. **Neumarkt** in Steiermark, **Rožnau** in Mähren, **Bad Fuchs** (Salzburg), **Achensee**, **Aussee**, **Ischl**, **Semmeringgebiet**, **Afrenz**, auch in **Deutschland** eine ganze Reihe, z. B. **Karlsbrunn**, **Gräfenberg**, **Reinerz**, eine Anzahl von Kurorten im **Harz**, z. B. **Andreasberg**, **Blankenburg** etc. Meist nur von Lungenkranken besucht wird **Reichenhall** nahe den bayrischen Hochalpen.

Die zweite Gruppe der **Landklimas** sind die **Niederungsklimate**. **Weber** teilt diese in **trockene** und **feuchte** ein.

Nach ihm sind der Typus des trockenen, warmen Klimas die **Wüsten Afrikas**. Er charakterisiert dieses Klima folgendermaßen: „große Hitze und Trockenheit der Luft bei Tage, starke Ausstrahlung und beträchtliche Abkühlung bis zur wirklichen Kälte bei Nacht, heiterer Himmel, seltener Regen, aber oft starker Tau.“

Pecnik ist ein glühender Verehrer des Wüstenklimas. Er sagt: „das **Wüstenklima** besitzt **immense Vorzüge** vor denjenigen des **See- und Hochgebirgsklimas** bezüglich des Einflusses auf Tuberkulose, für welche ihm eine **fast spezifische Heilkraft** zukommt.“

Trotzdem würde ich in vielen Fällen das Wüstenklima nicht empfehlen, da die bisher bestehenden Stationen in der Wüste in **keiner Weise den hygienischen Anforderungen** entsprechen, die wir heute an einen Aufenthaltsort für Lungenkranke stellen müssen. Würden in den verschiedenen, an oder in der Wüste gelegenen Orten, die heute hauptsächlich von Lungenkranken aufgesucht werden, **Heilanstalten**, die nach Muster der neuen deutschen Heilstätten gebaut sind, errichtet werden, dann wäre dieses Klima in vielen Fällen jedem anderen vorzuziehen; **Weber** erwähnt mehrere Fälle, die in der Wüste vollkommen ausheilten, trotzdem bei diesen schon ziemlich große **Kavernenbildungen** vorhanden waren. Charakteristisch für die Wüste ist die **enorme Lufttrockenheit**, die direkte bakterizide Eigenschaft besitzt, so daß Wunden in dieser Luft auffallend rasch

heilen, in Folge derer organische Verwesung im Tier- und Pflanzenreiche überhaupt nicht vorkommt. Niederschläge fehlen in der Wüste fast vollkommen, auch der Wind kommt nicht zu häufig vor.

P e e n i k behauptet, daß Kranke, die in dieses Klima kommen, anfänglich wohl etwas mehr husten, daß sich nach etwas längerem Aufenthalt der Hustenreiz rasch vermindert, ebenso auch die E x p e k t o r a t i o n viel geringer wird, es mag dies mit der hohen Lufttrockenheit im ursächlichen Zusammenhange stehen, ebenso rasch sollen pleuritische Exsudate resorbiert werden; auch die D y p n o e nimmt laut P e e n i k in kurzer Zeit ab, um einer tiefen und leichten Respiration Platz zu machen; auf die Verkalkung der kranken Lungenpartien wirkt das Wüstenklima außerordentlich befördernd. Es tritt in der Wüste bald regerer Appetit auf, Fieber und Nachtschweiß schwinden in den meisten Fällen in relativ kurzer Zeit, es tritt überhaupt eine allgemeine Kräftigung des Organismus ein.

P e e n i k meint, daß Hämoptöen (schwere) eine Kontraindikation bilden, hingegen konstantes Fieber, Darmkatarrh keine Gegenanzeigen seien. Die Kur beginnt Ende Oktober oder Anfangs November und dauert bis Ende April. Ein großer Nachteil dieser Kur ist der, daß Kranke, die, wenn auch nur eine Saison hindurch, in diesem heißen Klima lebten, sich sehr schwer wieder bei uns akklimatisieren.

W e b e r erwähnt mehrere Fälle, die Jahre hindurch in Kairo lebten, dort sich vollkommen wohl fühlten, nach Europa in ihre Heimat zurückgekehrt, in kurzer Zeit zugrunde gingen.

Es muß bei der Weisung von Lungenkranken nach Kairo, Helonan und Nubien in Betracht gezogen werden, daß dieselben Jahre hindurch wenigstens den Herbst, Winter und Frühling dort verbringen werden müssen; wie ich aus eigener Erfahrung weiß, frieren die von dort zurückgekehrten Kranken bei uns selbst im Hochsommer, in den meisten Fällen ist ein Rückfall schwer zu vermeiden.

Zu den mäßig feuchten, besser gesagt weniger trockenen Klimaten zählt W e b e r R o m, P o a, P i s a. Als Kurort kommt R o m kaum mehr in Betracht, denn es wird niemand eine Weltstadt als Kurort anempfehlen, selbst wenn die klimatischen Verhältnisse ausgezeichnete wären, was in Rom gewiß nicht der Fall ist.

Auch Pisa, das eher schon dem Küstenklima ähnliche Verhältnisse aufweist, ist wenig geschützt, daher den Winden ziemlich preisgegeben, außerdem sehr staubig.

Das kleine P a u schildert W e b e r folgend: „Das Klima ist weniger belebend und sonnig, als das der westlichen Riviera, ist etwas gleichmäßiger, eignet sich im ganzen mehr für leicht aufgeregte, zu nervösen Affektionen disponierte, an R e i z b a r k e i t d e r S c h l e i m h a u t, trockenem Husten leidende, leicht fiebernde Personen, während die der Sonne bedürftigen, an tragem Stoffwechsel Leidenden meist sich entschieden besser an der Riviera befinden.“

Zu dem letzteren Klima ist auch das Waldklima zu rechnen; dieses zeichnet sich besonders durch seine G l e i c h m ä ß i g k e i t aus, die Temperatur ist meistens eine ausgeglichene, große und schwankende Temperaturdifferenzen sind ziemlich selten zu beobachten. Der Windschutz ist in ausgebreiteten Wäldern ein vollkommener. So liegen viele Heilanstalten in Deutschland mitten im Walde, z. B. Planegg bei München. Ebenso bietet der Wald auch Schutz gegen große Hitze, man kann sich leicht überzeugen, daß selbst im Hochsommer im Walde die Hitze eine viel geringere ist, als im Freien, hingegen ist a b e n d s und n a c h t s die T e m p e r a t u r im W a l d e immer eine höhere als im f r e i e n F e l d e. Der Wind ist staubfrei, infolgedessen die Luft viel reiner, auch der Ozongehalt der Luft, besonders nach einem Gewitter, im Wald ein ziemlich hoher.

Nach H a n n verhindert der Wald das Zustandekommen einer hohen Lufttemperatur: 1. durch die Beschattung des Bodens, 2. durch die Vergrößerung der Wärme ausstrahlenden Oberfläche (B e l a u b u n g), 3. durch das starke Strahlungsvermögen der Blätter, 4. durch die gesteigerte Verdunstung über einer großen Oberfläche und die dadurch bewirkte Abkühlung.

Eine weitere wichtige Eigenschaft des Waldes ist der Schutz gegen heftigere Luftbewegungen, die Abschwächung des Windes, nicht bloß in seinem I n n e r n, sondern auch in der U m g e b u n g. Der Wald bricht die Heftigkeit der Winde und schwächt deren schädlichen Einfluß durch extreme Kälte, Hitze und Trockenheit ab. In den Ebenen, wo kein Windschutz besteht, ist der günstigste Platz für Heilanstalten i n m i t t e n des Waldes. Nur muß in demselben ein ziemlich großes Terrain freigelegt werden, da sonst der Luftzutritt ein zu geringer ist.

Wenn wir zum Schlusse über die Klimatotherapie der Tuberkulose ein Urteil abgeben sollen, kommen wir zu dem Endresultate, daß die Tuberkulose bei entsprechender Behandlung in jedem gesunden Klima heilbar ist. Eine präzise Vergleichung des heilenden Einflusses der reinen Bergluft und der reinen Luft der Ebene ist infolge des Mangels einer einwandfreien diesbezüglichen Statistik bisher nicht möglich (Talma). Man kann bei zweckmäßiger Behandlung in der Ebene dieselben Resultate erzielen wie im Hochgebirge, an der Küste und auf dem Meere, dieselben wie in der Wüste. Die Hauptaufgabe der Therapie ist stets die Behandlung des einzelnen Individuums.

Dettweiler, der Begründer der Liegekur in der Phthiseotherapie, dessen oberster Leitsatz war: „dem Lungenkranken müsse unter allen Umständen frische Luft zugeführt werden, zu diesem Zwecke soll der Kranke bei ruhiger Luft und ausreichender Bedeckung so lange als möglich im Freien liegen,“ der mit dieser Methode in der überwiegendsten Zahl von Fällen die besten Erfolge erzielte, stellt die individuelle Behandlung als obersten Grundsatz auf, selbst er betrachtet in manchen Fällen die zu weit ausgedehnte Liegekur als kontraindiziert.

Auch Weber erwähnt einen Fall, in welchem bei einem 24jährigen Manne die 10stündige Liegekur im Freien Temperatursteigerungen von 38° erzeugt hatte. Die Temperatur wurde sofort normal, wenn die Liegekur bei demselben auf 3—4 Stunden reduziert wurde.

„Durch allzu energische Ruhe schaden wir mehr bei chronisch entzündlichen und Zerfallsprozessen, als wir nützen können.“ (Dettweiler.)

Von großer Wichtigkeit ist auch für die Lungenkranken zuweilen der rechtzeitige Wechsel des Klimas. So kann es vorkommen, daß das Verharren in einem Klima längere Zeit hindurch eine Verschlimmerung gezeitigt hat, die mit dem Wechsel des Aufenthaltsort allmählich schwindet. Laut Weber ist der Wechsel des Klimas und Ortes dann notwendig, wenn Stillstand in dem gemachten Fortschritt, oder Rückschritt beobachtet wird.

Oft fühlt dies der Kranke selbst instinktiv, die Ruhelosigkeit und die Suche nach dem ewigen Wechsel ist ja sehr häufig bei Phthisikern zu beobachten.

In den meisten Fällen erzielen wir mit dem Aufenthalt in einem günstigen Klima nebst strenger Einhaltung der

Liegekur, nicht zu übertriebene Hydrothropic kräftige Ernährung (nicht Uebernahrung) in den nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen sehr schöne Erfolge. Wichtig ist die Liegekur, da wie Dettweiler sagt, „der Phthisiker ein körperlicher und meist auch nervöser Schwächling ist, der viel mehr der Ruhe bedarf, als gemeinhin angenommen wird. Von besonderer Bedeutung ist die nur durch die Liegekur ermöglichte Lehr- und Erziehungsaufgabe, die bessere Beaufsichtigung der Kranken durch die Aerzte; die Pädagogik hat bei den Kranken noch eine ganz andere Aufgabe als die einfachen, rein ärztlichen Verordnungen zu erfüllen, Aufgaben, die auf dem Gebiete der geistigen und sittlichen Förderung, der Stählung und Hebung des Charakters, des Pflichtbewußtseins der so oft schwankenden und fahrigen Kranken liegen.

Diese Behandlung ist allerdings am besten in Heilanstalten durchzuführen, wo der Arzt am ehesten Gelegenheit hat, auf die obbeschriebene Weise auf den Kranken einzuwirken. Wo es nicht möglich ist, den Kranken in ein besonders günstiges Klima zu schicken, oder in eine Heilanstalt, kann man auch in der Heimat desselben sehr schöne Erfolge erzielen. „Jeder Arzt wird in seiner unmittelbaren Nähe oder doch in nicht großer Ferne Orte finden, die sich für verschiedene Klassen von Zuständen mit großem Nutzen verwerten lassen, je nach der Lage zur Himmelsgegend, nach der Erhebung, nach der Beschaffenheit des Bodens, nach der Bewaldung, nach der Nähe der Waldseen und Flüssen und vielen anderen Verhältnissen.

Wichtig ist es vor allem, die Luftbeschaffenheit kennen zu lernen, jede Quelle von Verunreinigung zu erwägen, auf trockenen Boden, gutes Trinkwasser, luftige Wohnungen und befriedigende Ernährung Rücksicht zu nehmen, an den Zutritt der Sonne zu denken, an die leichte Erreichbarkeit des Baumschattens im Sommer, an die Gelegenheit, den größten Teil des Tages in angenehmer Weise in freier Luft zubringen zu können, je nach dem Kräftezustande des Patienten. (H. Weber.)

Literatur.

- Brehmer: Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. 1889.
- Eichhorst: Spezielle Pathologie und Therapie. IV. 3. Aufl. 1887.
- Cornet: Tuberkulose. Spezielle Pathologie und Therapie. 1899.
- Hann: Klimatologie. I. Band. 2. Aufl.
- Benecke: Über die Wirkung des Nordseebades. Göttingen. 1855.
- Leichtenstern: Allgemeine Balneotherapie. II. Band.

- E. Freud: Seereisen. (Referat der Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen.)
- Lindemann: Über den Einfluß des Seeklimas auf Lungentuberkulose nach Beobachtungen auf Helgoland. Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen. IV. Band.
- Goldschmied und Mittermayer: Madeira und seine Bedeutung als Heilungs-ort. 1885.
- Hann: Klimatologie. III. Band.
- Führer durch Lussinpiccolo und Lussingrande. 1902.
- H. Weber: Klima und Seereisen in der Behandlung der Tuberkulose. Bericht über den Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin 1899.
- Starke: Kritische Erinnerungen an einen Winteraufenthalt im Süden. Berliner Klinische Wochenschrift. 1878.
- Bennecke: Zur Kenntnis der Seebäder und ihrer Wirkungen. Berliner Klinische Wochenschrift. 1878.
- Ugeskrift for Laegen. Nr. 6, 1900. Zitiert nach Naumann.
- Naumann: Einiges über die Riviera als Aufenthalt für Lungenkranke. Zeitschrift für praktische Aerzte, Nr. 14, 1900.
- Egger: Ueber den Nutzen des Hochgebirgsklimas in der Behandlung der Lungenschwindsucht. Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. III. 2, 1899.
- Dr. J. Katz: Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft. Berliner Klinische Wochenschrift, Nr. 5, 1903.
- Liebermeister: Ueber Lungenschwindsucht und Höhenkurorte. Leipzig 1898. (Zitiert nach Egger.)
- J. Schwalbe: Volksheilstätten für Lungenschwindsüchtige. Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 45, 1898.
- H. Tausch: Unser gegenwärtiges Wissen von den im Gebirge auftretenden Veränderungen der Blutmischung und der Art ihres Zustandekommens. Allgemeine medizinische Zentralzeitung, Nr. 38, 1903.
- C. Peenik: Einfluß der Wüste auf die Tuberkulose. Kairo 1899. F. Diemer.

REFERATE.

Interne Medizin.

Klinische Erfahrungen über die Anwendung von Néo-Arsycodile.

Von Dr. Karl Fuchs.

Die Zahl der von F. mit Neo-Arsycodile versuchsweise behandelten Kranken betrug zwölf, u. zw. zehn Phthisiker leichteren und mittleren Grades und zwei Fälle von Diabetes mellitus. Die hervorragendste Einwirkung des Arsycodile bei der Tuberkulose, die auch von den übrigen Beobachtern an erster Stelle angegeben wird und auch von den Patienten meist spontan berichtet wurde, war diejenige auf den Appetit; schon nach wenigen Tagen der

Anwendung kehrte derselbe zur Norm zurück oder besserte sich doch zusehends; es hob sich infolge dessen das Allgemeinbefinden und infolge der vermehrten Nahrungsaufnahme nahm auch das Körpergewicht in den meisten Fällen rasch zu, innerhalb einiger Wochen um 2—5 kg. Beachtenswert war auch der günstige Einfluß des Arsycodile auf die so lästigen Nachtschweiß der Phthisiker, die entweder gemildert wurden oder in leichten Fällen ganz verschwanden, während eine Einwirkung auf die Haemoptoe nicht zu konstatieren war, u. zw. weder in günstigem noch in ungünstigem Sinne. Das Fieber ging im allgemeinen während der Arsycodilemedikation zurück, jedoch war diese Wirkung in vielen Fällen nur eine temporäre, indem die Temperatur bald nach Aussetzen des Mittels wieder anstieg. Was den Einfluß des Arsycodile auf den Husten betrifft, so war derselbe ein sehr guter; der Hustenreiz verschwand, der Husten selbst wurde spärlicher, die Expektoration ging leichter vonstatten, die Menge des Sputums wurde geringer, in leichten Fällen verschwand dasselbe ganz.

Was nun die Wirkung auf den lokalen Prozeß in der Lunge betrifft, so schienen, wenn auch eine Heilung des Prozesses nicht zu erwarten war, doch in vielen Fällen die Veränderungen im perkutorischen und auskultatorischen Lungenbefund auf eine Besserung oder wenigstens auf einen Stillstand des Prozesses hinzudeuten.

Die Beobachtung der zwei Diabetesfälle ergab namentlich eine Besserung des Allgemeinbefindens, der Schwächezustand der Patienten nahm ab, das Hunger- und Durstgefühl wurde weniger unangenehm und auch objektiv zeigte sich eine günstige Wirkung, indem der Zuckergehalt des Urins in 5—6 Wochen trotz nicht strenger Diabetesdiät um 3—4% abnahm; dabei traten niemals Indoxikationserscheinungen irgend welcher Art auf, die eine Unterbrechung der Kur erfordert hätten. — Wien. med. Wochenschr. Nr. 17, 1903.)

Ueber den Einfluß der Digitalis auf die Respiration des Herzkranken. Von Dr. Ludwig Hofbauer.

Es wurden die Atmungsexkursionen des Thorax eines in schwerer Dyspnoë befindlichen Patienten vor und nach sechstägiger Digitaliswirkung graphisch aufgenommen. Aus der Form derselben ließ sich auf die Ursache der Dyspnoë (mechanisch oder chemisch bedingt) wohl schließen. Die Aufnahme geschah (an mehreren Thoraxstellen) mittels des Marey'schen Kardio-Pneu-

mographien, und wurde mittels einer *Marey'schen* Schreibvorrichtung auf die beruhte Trommel eines *Knoll'schen* Polygraphen übertragen. Die Zeit wurde mittels eines im Zweisekundentakte gehenden Uhrwerkes markiert.

Die Kurven zeigen (in voller Uebereinstimmung mit der Beobachtung am Kranken, die beim Kommen eine lebhaft tiefe Atmungsbewegung des Thorax erkennen ließ, welche letztere unter Digitaliswirkung allmählich abnahm) zuerst eine in ziemlich spitzen Winkeln sich bewegende Kurve, gegenüber der enorm verflachten nach Digitalisgebrauch.

Die Thoraxbewegungen (und ebenso die Lungenentfaltung und -verkleinerung) gehen also prompt vor sich, stärker vor als nach Digitaliswirkung.

Bei Annahme einer chemischen Ursache bedeutet die kardi-ale Dyspnoë eine Reaktion des Atemzentrums auf gesteigerte Erregungsbedingungen aus der Zirkulation. Die durch das Herzleiden bedingte Ueberfüllung der Lunge mit Blut bewirkt Störung des Lungengaswechsels infolge der Verlangsamung des den Respirationstrakt durchziehenden Blutstroms. Dadurch wird eine vertiefte Atmung ausgelöst. Daß nach Wegfall der Ursache (Besserung der Herzkraft infolge des Digitalisgebrauches) diese Reize für das Atmungszentrum fehlen, die vertiefte Respiration aufhört, ist leicht verständlich.

Die nachher sich geltend machende enorme Verflachung und Verlängerung der In- und Expiration läßt sich gut durch lokale Hindernisse erklären, welche dem Eindringen der Luft in die Lungen, resp. deren Austritt aus denselben entgegentreten, bei Einwirkung des chemischen Reizes aber überwunden werden.

Viel schwerer erklärt sich die Kurvendifferenz bei Annahme der von *v. Basch* und seiner Schule verfochtenen mechanischen Ursache der Dyspnoë. Ihr zufolge kommen bei der im Anschluß an Kardiopathien zustande kommenden Ueberfüllung der Lungen mit Blut viel weniger chemische Prozesse als eigenartige mechanische Vorgänge in den Lungen (Alveolen) ausschlaggebend in Betracht. Die Ueberfüllung der Lungenalveolen mit Blut bedingt die Lungenstarrheit und -Schwellung, infolge deren die Lungen sich schwerer und nicht entsprechend entfalten können.

Dies würde erfordern, daß bei stärkerer Stauung, i. e. vor Digitaliswirkung die Lungen respiratorisch sich schlechter entfalten als nach Einwirkung dieses Medikaments, i. e. bei geringerer

Stauung. Die Kurve aber zeigt nach Digitalis flachere, länger dauernde In- und Expiration als vor Digitalisgebrauch, wo steile, spitze Zacken gezeichnet werden.

Der Befund bestätigt also graphisch die erhobenen Einwände, die Dyspnoea cardiaca zeige nicht den Charakter mechanisch bedingter Dyspnoë. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1903.)

Physostigmin gegen gefährdenden Meteorismus (namentlich nach Operationen). Von Dr. Ludwig Moskowicz.

Der Vorschlag v. Noordens, das in der Tierheilkunde seit langem mit Erfolg gegen Meteorismus gegebene Physostigmin auch beim Menschen zu erproben, blieb wohl wegen der gefürchteten Giftwirkung des Alkaloids unbeachtet. M. hat nun durch eigene Beobachtung den Eindruck gewonnen, daß bei gewissen Lähmungszuständen des Darmes, die namentlich nach Operationen häufiger vorkommen, das Physostigmin sehr wirksam, unter Umständen lebensrettend werden kann. Den ersten Anlaß zur Verwendung des Physostigmin bot ein 59jähriger Mann, bei dem wegen eines am Promontorium fixierten Rektumkarzinoms am 22. Juli 1902 in Narkose an der Flexura sigmoidea ein künstlicher After angelegt worden war. Der kachektische Patient hatte zwei Monate vor der Aufnahme nach einer starken Blutung aus dem Rektum drei Tage lang die Erscheinungen einer Darmstenose gehabt. Seitdem bestand immer starke Blähung und Spannung des Abdomens, sowie Obstipation.

Am dritten Tage wurde mit dem Thermokauter die vorgezogene Darmschlinge punktiert und die Oeffnung an den folgenden Tagen allmählich erweitert. Es entleerte sich spontan und auf Irrigationen in der ersten Woche reichlich Stuhl. In der zweiten Woche gelang es trotz hoher Einläufe nicht, Stuhl zu erzielen, das Abdomen blähte sich immer mehr auf, der Patient verfiel zusehends und verweigerte jede Nahrungsaufnahme.

M. dachte, die chronische Darmstenose habe schließlich zu einer Darmlähmung geführt.

Bei dem elenden Zustand war ein böser Ausgang ziemlich sicher, M. beschloß daher, mit dem von Noorden empfohlenen Physostigmin einen Versuch zu machen.

Da der Patient an Brechneigung litt, mußte die subkutane Injektion gewählt werden und, da nur eine energische Wirkung des Medikaments noch Rettung bringen konnte, in der Maximaldosis der Pharmakopöe, 1 mg.

Noorden hatte das Mittel intern in Dosen von höchstens $\frac{3}{4}$ mg verabreicht.

Am 6. August wurde eine Pravaz'sche Spritze von der $\frac{1}{100}$ wässrigen Lösung des Physostigminum salicylicum subkutan injiziert. Irgend welche Störungen von Seite des Allgemeinbefindens wurden nicht beobachtet. Der Bauch war jedoch am nächsten Tag viel weicher und es entleerte sich spontan massenhaft breiiger Stuhl. Das merkwürdigste war, daß von da ab die Stuhlentleerung durch drei Tage nahezu kontinuierlich anhielt. Patient erholte sich zusehends, bekam wieder Appetit. Am 13. August kollabierte er plötzlich und starb am 15. August.

Der Fall hatte gelehrt, daß 1 mg Physostigmin von einem recht elenden Individuum gut vertragen wird und daß dadurch ein bedrohlicher Zustand wesentlich gebessert werden kann. Diese Erfahrung konnte in weiteren zwei Fällen mit bestem Erfolg zunutze gemacht werden.

Wie in dem ersten Fall, so wurde auch im zweiten bei einem alten, geschwächten Individuum, das an zirkumskripten Peritonitis (Appendicitis) litt, durch akuten Meteorismus das Allgemeinbefinden aufs schwerste geschädigt. Die Injektion von Physostigmin veranlaßte den Abgang von Stuhl und Flatus und bahnte in diesem Fall die vollständige Genesung an. Noch eklatanter war jedoch die Wirkung bei einem dritten Patienten.

Der 53jährige Mann hatte vor einem Jahr zwei Anfälle von heftigen Schmerzen in der rechten Bauchseite mit mäßigem Fieber durchgemacht. Seitdem leidet er an häufig wiederkehrenden Schmerzen in der rechten Bauchseite.

Resektion des Appendix.

Am nächsten Morgen waren Puls und Temperatur normal, doch bestand starke Brechneigung. Nachmittags erbrach Patient fast jede Viertelstunde gallig gefärbte, sauer riechende Schleimmassen.

Am dritten Tag hielt das Erbrechen an, der Leib war stark aufgetrieben. Auf Klysmen gingen weder Stuhl noch Winde ab.

Das Befinden des Patienten wurde zusehends schlechter, deutliche Zyanose sprach für Behinderung der Respiration durch den Zwerchfellhochstand. Ein Klyσμα mit Sennainfus hatte keinen Erfolg.

Als letztes Mittel versuchte M. eine Physostigmininjektion, u. zw. mit Rücksicht auf den Kollapszustand nur $\frac{1}{2}$ mg. Dies ge-

schah am 18. Dezember um 12 Uhr Mittags. Zwei Stunden später erfolgte Abgang von Flatus, der Patient fühlte sich sofort erleichtert. Am nächsten Morgen war das Abdomen weicher, die Zyanose geschwunden.

Stuhlentleerung war in diesem Fall nicht erfolgt. Auch nach einer zweiten Injektion von 0'0005 Physostigmin. salicylic. wurde kein Stuhl entleert, erst mit einer Dosis Rheum wurde der gewünschte Erfolg erzielt. Im übrigen war der Verlauf von da ab völlig normal. Patient verließ geheilt die Anstalt.

Aus der zauberhaften Wirkung des Mittels darf man schließen, daß es sich nicht um Peritonitis gehandelt haben konnte und daß der bedrohliche Zustand nur durch den Meteorismus bedingt war.

M. glaubt, daß das Krankheitsbild einem postoperativen Ileus paralyticus entspricht.

Ueber die Ursachen des Meteorismus ist wenig bekannt. Er kann auftreten a) bei verminderter Abfuhr der Darmgase, b) bei beschränkter Resorption derselben durch die Darmwand.

Z u n t z hat besonders darauf hingewiesen, daß ein großer Teil der Darmgase von den Gefäßen der Darmwand resorbiert und mit der Expirationsluft ausgeschieden wird. Er nimmt an, daß es namentlich Zirkulationsstörungen sind, welche die Resorption der Gase verhindern und so Meteorismus erzeugen. Dieser tritt daher auf bei Kollaps, fieberhaften Krankheiten, bei Peritonitis, chronischen und akuten Behinderungen des Pfortaderkreislaufes. Bemerkenswert ist, daß im Experiment durch langdauernde Narkose bei Tieren Meteorismus erzeugt werden konnte.

Die Umschnürung des Mesenteriums führt zu venöser Hyperämie, Oedem der Darmwand, Lähmung der Darmmuskulatur, Meteorismus, vermutlich durch Schädigung der Resorptionsbedingungen. Die Zirkulationsstörung erzeugt also Meteorismus; wie weit die Darmlähmung daran beteiligt ist, ist nicht leicht zu entscheiden.

Sicher ist, daß, wenn eine Zirkulationsstörung oder Darmlähmung Meteorismus erzeugen können, anderseits wieder durch den Meteorismus die Darmlähmung und die Zirkulationsstörung gesteigert werden. So entsteht ein Circulus vitiosus, der den Meteorismus endlich so groß werden läßt, daß er zum Tod führt.

Dieser Circulus vitiosus kann nun durch das Physostigmin durchbrochen werden, indem dadurch eine kräftige Kontraktion

des ganzen Darms veranlaßt wird. (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1903.)

Ueber die Behandlung chronischer Dickdarmkatarrhe mit hohen Eingießungen. Von Dr. L. v. Aldor.

Die medicamentöse Behandlung der chronischen Dickdarmkatarrhe mit Adstringentien und Darmantiseptics führt nur momentane Erfolge herbei, indem zeitweilig die Diarrhöen sistieren. Auch die gerühmten Trinkkuren mit Mineralwässern, insbesondere auch Karlsbad, welche bei subakuten Fällen Dienste leisten, versagen bei chronischem Katarrh des Dickdarms. Für die Heilbarkeit auch dieser letzteren Form sprechen nicht nur beobachtete Spontanheilungen, sondern auch die Tatsache, daß erst sehr spät irreparable anatomische Veränderungen sich entwickeln. Vf. behandelt nun seit fünf Jahren die chronischen Darmkatarrhe mit systematischen hohen Eingießungen, ausgehend von der Voraussetzung, daß einerseits Mittel, welche bei dieser Krankheit sonst per os mit Erfolg verabreicht werden, bei lokaler Applikation ihre Wirkung besser entfalten, daß ferner die meisten Menschen selbst erheblich größere Mengen als 1 l Flüssigkeit, unter entsprechenden Kautelen gut vertragen und lange behalten. Das Wesen des Verfahrens besteht in Eingießung von bis zu 3 l 45—50° Karlsbader Sprudelwassers nach vorhergehendem Reinigungsklyσμα. Die Eingießung wird mittels eines 8 mm starken, 85 cm langen, weichen Rohres appliziert, welches unter leichtem Drehen, ohne Stoß in seiner ganzen Länge emporgeführt wird. Ein Gummischlauch verbindet dieses Rohr mit einem Trichter. Die Eingießungen werden einmal im Tage, beginnend mit 1 l, allmählich steigend 20—25 mal wiederholt. Sofort nachher erhält Patient einen Thermophor auf den Leib und bleibt solange als möglich, anfangs durchschnittlich $\frac{3}{4}$ Stunden, später auch 2—3 Stunden ruhig liegen. Einen schädlichen Einfluß dieser Flüssigkeitsmengen auf die Darmwandungen (Dehnung, Atonie) konnte A. nie beobachten. Die Bedingung des Erfolges liegt gerade in der möglichst hohen Einführung des Darmrohrs. Die von B o a s betonten Nachteile der Einspritzung großer Flüssigkeitsmengen kommen nur dann zustande, wenn die Flüssigkeit in den untersten Darmschnitten verweilt, z. B. bei Applikation in Form eines einfachen Klysmas, wo die Flüssigkeit sich unterhalb des Sphinkter ani tertius ansammelt. Die hohe Temperatur des Eingusses ist ebenfalls sehr wichtig, weil dadurch, wie durch den außen aufgelegten Thermophor die Darmsensibilität herabgesetzt

wird und die Flüssigkeit lange gehalten werden kann. Durch diese Methode erzielte A. meist vollkommenen Erfolg, selbst 5—10 Jahre dauernde Katarrhe heilten dauernd, gleichgiltig ob die Katarrhe mit Obstipation oder Diarrhöen verbunden gewesen waren. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19, 1903.)

Zur Behandlung chronischer Dickdarmkatarrhe. Von J. Boas.

B. wendet sich gegen A l d o r's Therapie, indem er vor allem auf den Irrtum der sogenannten „hohen Eingießungen“ hinweist, die durch Einführen eines 85 cm langen Rohrs, welches über die Flexur hinaus vordringen soll, vorgenommen werden. Ein solcher Schlauch bleibt einerseits immer nur im S. romanum, anderseits wird, wie dies B. durch Beobachtung von Kolostomierten und Coecostomierten erwiesen hat, selbst durch einen in ganz gewöhnlicher Weise ausgeführten Einguß Flüssigkeit bis ins Coecum getrieben. Möglicherweise beruht die Hauptwirkung der v. Aldor'schen Einläufe auf der hohen Temperatur. Doch kann B. nicht umhin, zu bemerken, daß einerseits wohl auch neben den Eingießungen entsprechende Diätetik durchgeführt wurde und von wesentlicher Bedeutung sei, anderseits es sehr auffallend ist, daß ein und dasselbe Mittel sowohl bei obstipierten Katarrhen, also Atonie des Darmes, als bei Diarrhöen, also erhöhter Peristaltik, den gleich günstigen Effekt haben sollte. — (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 22, 1903.)

Physikalische Therapie.

Pathologie und Therapie der Obesität. Von Dr. Elemér Fernet.

Nach Vf. liegt die Ursache der Fettleibigkeit in einem konstanten Mißverhältnis zwischen Fettbildung und Fettkonsumption, indem der Nahrungsüberschuß zur Bildung von Fett und Ablagerung desselben in den Geweben beiträgt. Die Ursache dieser vermehrten Fettbildung führen J a q u e t und S v e n s o n auf eine herabgesetzte Wärmekonsumption zurück. Andere Autoren bezeichnen den herabgesetzten Stoffwechsel als Ursache der Adipositas. Für diese Theorie spräche das hereditäre Vorkommen der Fettleibigkeit, die Adipositas nach Kastration und bei gewissen Formen von Impotenz, sowie der Umstand, daß in manchen Fällen die strengsten Entziehungskuren ganz resultatlos bleiben. — Das Wesen der Behandlung liegt nach dem Vf. in einer ungenügenden

Wärmezufuhr und in einer mäßigen Wasserentziehung. Auch hält er den kurgemäßen Gebrauch von glaubersalz- und kochsalzhaltigen Mineralwässern für angezeigt, da diese nach den Untersuchungen von *Zuntz* und *Löwy* die Oxydation — um 20% — steigern. Die Behandlung mit Thyreoideasubstanz hält er für gefährlich. Dagegen rühmt er die vorzügliche Wirkung der Bäder — namentlich bei Komplikationen von Seiten des Herzens — und einer individuell genau bemessenen Arbeitsleistung. — (*Deutsche Aerzteztg.* Nr. 5, 1903.)

Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit. Von Dr. Richard Heller.

Die übliche, von *Winternitz* und seiner Schule propagierte Therapie des *Morbus Basedowii* besteht in der Applikation von feuchten, $\frac{3}{4}$ —1 Stunde dauernden Einpackungen mit Kühlschläuchen längs der Wirbelsäule von ebenso langer Dauer mit darauf folgenden Halbbädern von 24 — 22° R. H. hat die Behandlung in der Weise modifiziert, daß er statt der Kühlschläuche solche von 40° R durchströmte Schläuche anwandte, ferner, daß er die von *Buxbaum* modifizierte feuchte Einpackung mit den heißen Rückenschläuchen kombinierte. Diese Modifikation der *Buxbaum'schen* Einpackung besteht darin, daß Kopf und Arme von der Einpackung frei bleiben, der übrige Körper jedoch wie bei der gewöhnlichen Einpackung in die Prozedur miteinbezogen wird. Es wird das Freibleiben der Arme dadurch erzielt, daß eine unter den Achselhöhlen beginnende Teilpackung mit Kreuzbinden um die Brust angelegt wird. Das Hauptaugenmerk bei dieser modifizierten Einpackung ist darauf zu legen, daß der Verschuß um Hals und Achsel ein guter sei, die feuchten Kreuzbinden werden mit einer trockenen Hülle, die dieselben physikalischen Eigenschaften wie die trockene Hülle der Teilpackung (*Kotzen*) besitzt, bedeckt, damit sich bezüglich der Wärmestauung und Wärmestrahlung keine Differenzen an verschiedenen Körperteilen ergeben. — Die vom Vf. empfohlene Therapie besteht nun in folgendem: Der von 40° R. durchströmte Rückenschlauch wird auf das in *16*grädiges Wasser getauchte Leintuch gelegt, der Patient legt sich mit dem Rücken darauf, so daß der Schlauch entlang der Hals- und Brustwirbelsäule zu liegen kommt und wird dann in der modifizierten Weise eingepackt. In dieser Packung bleiben die Patienten eine Stunde liegen, darauf erhalten sie einen kurzen, wechselwarmen Regen. Schon nach den ersten Packungen zeigt sich wesentliche Besserung.

voller, kräftiger Puls und Verlangsamung der Herzaktion. Bei seinen Untersuchungen über das Verhalten der Zirkulation unter der Einwirkung dieser Prozedur kam Vf. noch zu folgenden Resultaten:

1. Es scheint, daß durch entsprechend lange Einwirkung von Wärme auf die obersten Partien des Rückgrats tatsächlich die Herz- und Gefäßinnervation (sowohl des gesunden als auch des kranken Herzens) beeinflußt wird.

2. Diese Veränderungen lassen sich auf eine direkte Einwirkung der Wärme auf die kardiovaskulären Zentren zurückführen.

3. Diese Veränderungen bestehen in einer Zunahme an Kraft der einzelnen Systolen, einer Zunahme des ganzen Gefäßtonus und einer besseren Füllung des arteriellen Systems.

4. Es sind dies nicht nur vorübergehende Erscheinungen, dieselben scheinen vielmehr dauernd auf die Zirkulation einzuwirken.

5. Man ist auf Grund von Beobachtungen berechtigt, anzunehmen, daß durch die Regelung der Zirkulation, durch die gleichzeitig bedingte Besserung der gesamten vitalen Funktionen ein Weg geboten ist, die toxischen Stoffe, die durch eine abnorme Sekretion der Thyreoidea in den Organismus gelangen, wieder aus dem Körper zu entfernen und weitere Vergiftungen zu verhindern.

Es ist ja auch ganz gut denkbar, daß durch die Einwirkung der Wärme auf den Halsteil des Vagus und Sympathicus, die in innigen Beziehungen zu einander stehen und gerade auch die Zirkulationsverhältnisse in der Thyreoidea bedingen, direkt ein Einfluß auf die Sekretion der Drüse ausgeübt wird. Weitere Untersuchungen werden diese Verhältnisse noch klären. — (Wien. med. Presse Nr. 10 und 11, 1903.)

B.

Die Hydrotherapie der Tabes. Von Dr. Munter.

Munter wirft die Frage auf: Wie sind wir imstande, die Nervelemente funktionell und nutritiv durch den thermischen Reiz und mit Hilfe der Methodik durch die Hydrotherapie zu beeinflussen. Das Grundgesetz des thermischen Reizes ist: Kälte erniedrigt und Wärme erhöht die funktionelle Leistung. Nun zeigt aber der tierische Organismus scheinbare Abweichungen von diesem Gesetz, die als Abwehrbewegungen durch Vermittlung des Nervensystems aufgefaßt werden müssen. So zeigt der kurze Kältereiz eine Erhöhung sämtlicher sensorischer Empfindungen, als Sensibilität, Tast-, Wärmegefühl etc., also eine Erhöhung aller Reizquali-

täten (Goldscheider) unter Verringerung für die Kälteempfindung. Man wird ihn also anwenden können, um die sensorischen Funktionen im allgemeinen zu erhöhen und wird so das sensorische Neuron stärken, einzelne eventuell ausgefallene Nervenfasern und Leistungen durch Bahnung anderer Nerven-elemente und Aufhebung von Hemmungen vikariierend ersetzen können und hiemit eine Hauptindikation der Tabetherapie erfüllen.

Hinsichtlich der Beeinflussung der Symptome ist eine wesentliche Indikation die Beseitigung der lanzinierenden Schmerzen, des Gürtelgefühls, der Krisen, ferner die Beeinflussung der Ataxie und schließlich der paretischen Zustände der Skelett-, Blasen- und Darmmuskulatur. Zur Beeinflussung des Schmerzes haben sich die indifferenten Temperaturen als reizabhaltend und schmerzhemmend bewährt — 1% Soolbäder von 27—28° R. bis zur Dauer von $\frac{3}{4}$ zu einer Stunde. Will man jedoch den Tabesprozeß selbst beeinflussen, so wird je nach Lage des Falles eine Kombination verschiedener Reize eintreten müssen. Ist die Schonung mehr indiziert, so folgt den indifferenten Soolbädern von 10—20 Minuten ein Kältereiz von kurzer Dauer, z. B. ein Halbbad, das allmählich von 27° R. bis auf 24 und 20° R. abgekühlt wird und zwar unter fortwährender Bespülung seitens zweier Diener, Abtrocknung und eine kurze kalte Abwaschung der ergriffenen Extremitäten mit nochmaliger Trocknung beendet die Prozedur, der Bettruhe folgt. Ist bei noch nicht so weit vorgeschrittenem Prozeß die Anwendung intensiverer Reize möglich, so wird man mehr ühend vorgehen. Denselben Prozeduren — Soolbad und Halbbad — folgt als Uebungsmittel eine Brause von 18° von 1—2 Minuten Dauer, Abklatschung und entweder aktive Bewegung oder Bettruhe, je nach beabsichtigtem Effekt. Der kurze Kältereiz wirkt nächst der Beseitigung der Schmerzempfindungen auch vorzüglich auf die Parästhesien, bewirkt eine bessere Blutzirkulation, beseitigt die dem Tabeskranken so lästige Kälte in den Füßen und Knien und schafft ihm das behagliche Gefühl der natürlichen Wärmeempfindung. So günstig die CO₂-Bäder bei richtiger Anwendung wirken, so muß man doch bei den dolorösen Tabesformen mit kälteren Temperaturen als 26° R. sehr vorsichtig sein, da sie schmerzsteigernd sind. M u n t e r läßt auch nach dem CO₂-Soolbad die betreffenden Extremitäten schnell mit kaltem Wasser von 6—10° R., aber nur 5—10 Sekunden, abwaschen. Bei den Krisen der Hoden, Vulva, des Anus sind oft protrahierte Sitzbäder von 27—30° R. von

längerer Dauer bis zu $\frac{1}{2}$ —1 Stunde, bei welchen man mit dem Wärmereiz allmählich einschleicht, von guter Wirkung bei lanzierenden Schmerzen neben den lauen, protrahierten Vollbädern auch erregende Umschläge, letztere jedoch mit Vorsicht wegen mangelnder Reaktion, trockene Wärme etc. Bei Paresen der Blasenmuskulatur die innere direkte Elektrizierung, gegen Schmerzen, Ataxie, Parästhesien und sonstige nervöse Erscheinungen das elektrische, faradische Wasserbad mit langsam einschleichendem Strom. Ist bei Tabeskranken eine Schwitzprozedur indiziert, so kommt nach **M u n t e r** allein das trockene Heißluftbad in Betracht. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21, 1902.) B.

Das Sanatorium in der Behandlung der Lungenphthise. Von **T. Clifford Allbutt**.

Das **S a n a t o r i u m**, soll nach Südosten auf trockenem Grunde erbaut und in Entfernung von mindestens 200 m von Kieferwald umgeben sein; es hat möglichst nur Einzelzimmer zu enthalten, ein jedes mit einer Veranda in der Front, welche den ständigen Aufenthaltsort des Patienten bildet und reichlich Raum für ein Bett oder Sopha und einen Tisch hat, gedeckt werden kann und mit bequemer elektrischer Beleuchtungseinrichtung versehen ist. Alle Zimmertüren sollen doppelte sein, die Wände und Flure ohne Winkel, in den Wänden die Garderoben eingebaut. Der Fußboden wird mit Filz bezogen und Linoleum darüber gelegt; ein großes Fenster nimmt den Hauptteil der Südmauer ein und hat Vorrichtungen zum Verdunkeln des Raumes des Patienten und zum Schutze gegen die Unbilden der Witterung. Passende Ventilatoren sind nützlich und je nach der Heizungsart einzurichten; eine praktische Kaminfeuerung hält der Autor für das Beste, zumal, wenn auf die nötige gleichmäßige Korridorheizung gesehen wird. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Speisesaalfrage, denn die Kranken sollen nicht in ihren Zimmern größere Mahlzeiten einnehmen; die Speisezimmer dürfen nicht zugig sein, müssen aber doch gute Lüftung und jeden Komfort für die Patienten haben.

Eine Bettenzahl von über 50 verlangt einen im Hause wohnenden Arzt, und je weitere 50 Patienten sollen einen eigenen Arzt haben, gleichviel, ob Zentralsystem oder Barackenpavillonsystem vorliegt; letzteres ist vorzuziehen. **A l l b u t t** legt wenig Wert auf die Anwesenheit der Sonne, hält im Gegenteil mit **G a b r i l o w i t s c h** das Winterklima eher für besser.

wenigstens für kräftige Personen unter 40 oder 45 Jahren mit wenig bronchialer Reizung, da eine ruhige, kalttrockene Luft stimulierend und appetiterregend wirkt. (Dabei wird mehr ein Höhenklima, wie Davos, berücksichtigt.) Das Moment des Appetits darf nicht unterschätzt werden; Abwechslung in der Nahrung und vor allem gute Zubereitung sind sehr wichtig und von dem Hausarzte, der etwas vom Kochen verstehen und ein Gourmet sein sollte, fleißig zu überwachen. Dieser hat eine in praktischer und wissenschaftlicher Hinsicht keineswegs leichte Aufgabe; er soll sich nicht allzuviel mit Bazillenzählungen aufhalten, aber Blutuntersuchungen machen, die Beschaffenheit der Blutzellen, Hämoglobingehalt, Serum, Agglutination, Tuberkulinreaktion prüfen, Infektion durch Toilettengegenstände, Verschlucken durch Sputum, Verdauungsapparat und Urin kontrollieren etc. An alle Aerzte richtet Allbutt die ernste Aufforderung, nicht nachzulassen im Streben der Erkenntnis der Frühdiagnose, alle uns zu Gebote stehenden Mittel der physikalischen (und chemischen) Untersuchungsmethoden mit peinlicher Selbstkritik so oft als möglich zu verwerten, um die Zahl der vorgeschrittenen Fälle immer kleiner werden zu lassen.

Was die Dauer des Sanatoriumaufenthaltes betrifft, so sind drei Stadien ins Auge zu fassen: Aufhalten des Krankheitsprozesses, Stillstand und Restitution ad integrum; für sie alle ist notwendig, die Kranken mindestens zwei Winter und einen Sommer, also etwa 18 Monate unter Augen zu haben. Doch fallen hier die individuellen Verschiedenheiten in Konstitution und begleitenden Dispositionen der Patienten sehr ins Gewicht, Fieberverhältnisse in den ersten Monaten, Nahrungsaufnahme, Alter, Temperament, Beschaffenheit des Urins, etwaige Schwangerschaften u. s. f., nicht zuletzt die lokalen Zeichen. Erbliche Belastung kann im Gegensatz zu Sir William Broadbents Meinung prognostisch nicht absolut verwertet werden.

Eine Hauptaufgabe der individuellen Behandlung ist in der Diät gelegen; der Magen spielt eine größere Rolle, als wir gewöhnlich glauben, und gar oft braucht er — Ruhe. Die Fleischnahrung ist besonders wichtig, zu große Milchzufuhr häufig vom Uebel, wegen der Ueberladung mit Flüssigkeit und der dadurch bedingten Mehrarbeit des Zirkulationsapparats.

In der Frage der Alkoholgabe ist Allbutt ganz der Meinung Bennets: „selbst in Medizinaldosen verordnet, ist

immer die Gefahr des Mißbrauches da, er ist ein zweischneidig Schwert“.

Hydrotherapie, Douche und nasse Packung sind vorteilhaft, Gymnastik nur mit großer Vorsicht anzuwenden, Medikamente, wenn es auch kein Spezifikum gibt, oft nicht zu entbehren, im allgemeinen häufig mit der Freiluftkur zu verbinden. Fieberfreie Patienten sollen leichte geistige und körperliche Beschäftigung haben. — (Lancet, Nov. 1901, u. Ztschr. f. phys. u. diät. Ther., März 1903.)

B.

Chirurgie.

Ueber die einzelnen Phasen der Betäubung zu Beginn der Narkose. Von C. Hofmann.

H. macht darauf aufmerksam, daß der von Sudeck für die Narkose zuerst verwertete „Aetherrausch“ auf die allgemeine Eigenschaft der Narkotika (Aether, Chloroform) zurückzuführen ist, nämlich in kleinen Dosen narkotisierend, in großen zuerst exzitierend und dann narkotisierend zu wirken. Vf. nennt dieses Stadium die Frühnarkose, im Gegensatz zur Dauernarkose. In der Frühnarkose fehlt die Schmerzempfindung, obwohl das Bewußtsein erhalten ist; die Patienten vertragen nicht zu lange und nicht zu schmerzhaften Eingriffe ohne Schmerzen, obwohl sie die Empfindung der Operation haben. Dieses Stadium eignet sich auch zur Vornahme kleiner Voroperationen. Das Stadium dauert nur wenige Minuten und läßt sich nicht willkürlich verlängern. Vf. gelang es, dieses Stadium mittels der Aethertropfmethode mit oder ohne Darreichung von Morphin in 1—2 Minuten zu erzielen; wenige Kubikzentimeter Aether genühten dazu.

Der Eintritt der Frühnarkose ist daran zu erkennen, daß die Leute, die am Anfang der Narkose unruhig waren, plötzlich ruhig werden, oder daß umgekehrt die Patienten, die früher ruhig gezählt haben, falsch zu zählen anfangen. Am besten überzeugt man sich von dem Eintritt der Narkose durch Kneifen der Patienten an der Innenseite des Oberschenkels. Vertragen sie dieses, dann vertragen sie auch jeden nicht sehr schmerzhaften Eingriff.

In der Dauernarkose ist das Bewußtsein erloschen und dieses Stadium wird für die größeren, länger dauernden Eingriffe benützt. Außerdem unterscheidet Vf. die schon längst bekannte und verwendete Halbnarkose, die zwischen der Früh- und Dauernarkose

liegt. Nach der Frühnarkose kommt wieder ein Stadium, in welchem keine Anästhesie besteht und das mit einer stärkeren oder schwächeren Exzitation endigt, dann tritt die früher erwähnte Halbnarkose ein. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 11, 1903.)

Die im Verlaufe der Blinddarmentzündung auftretenden Fisteln.

Von Dr. Richard Mühsam.

Vf. hat auf der Abteilung des Prof. Sonnenburg Gelegenheit gehabt, reiche Erfahrung über Fisteln bei Appendizitis zu sammeln, indem in den letzten vier Jahren dortselbst 815 Fälle von Appendizitis operiert wurden. Die Zahl der postoperativen Fisteln verminderte sich in den letzten Jahren bedeutend und betrug bloß 6·6% (gegen 16·3% in der früheren Zeit).

Die postoperativen Fisteln sind entweder gewöhnliche Eiter- oder Kotfisteln und entstehen entweder am Wurmfortsatze selbst oder sie stehen meist mit dem Coecum in Verbindung. Fisteln entstehen, wenn infolge der Verwachsungen oder der Morschheit der Wände der Stumpf des Wurmfortsatzes nicht genügend versorgt werden konnte.

Zur Vermeidung von Fisteln muß daher der Wurmfortsatz vor allem ganz reseziert werden, jedoch darf dies nicht auf Kosten der Gesundheit des Patienten geschehen; weiters sollen die Fälle von Appendizitis möglichst früh operiert werden, damit es nicht zu weitgehenden Störungen in der Ernährung der Darmwand infolge der Entzündung kommen kann. Auf diese Weise läßt sich am besten die Morschheit der Darmwände vermeiden. In prophylaktischer Hinsicht ist es weiters wichtig, bei eitriger Appendizitis die erste Tamponade möglichst lange liegen zu lassen, damit die an den verdächtigen Darmpartien gebildeten Verwachsungen nicht aufgerissen werden. Bei der Operation selbst ist jede Verletzung der Serosa nach Möglichkeit zu vermeiden und gerissene Stellen sind sorgfältig zu nähen; auch das verwendete Nahtmaterial hat eine gewisse Bedeutung; bei Verwendung von Seide sah Vf., wenn die geringste Infektion erfolgte, die Wunde so lange sezernieren, bis sich der letzte Seidenfaden abgestoßen hat, er verwendet daher jetzt Katgut.

Der Stumpf des Wurmfortsatzes ist genau zu versorgen und mit gesunder Serosa zu übernähen; wenn keine gesunde Serosa da ist und die Nähte wegen Morschheit des umgebenden Darmes ausreißen, ist zur Deckung das Netz zu benützen.

Vorhandene Fisteln sind nicht sofort zu operieren, da es durch die Nachbehandlung noch gelingen kann, einen Teil derselben zum Verschlusse zu bringen. Durch häufigen Verbandwechsel, Lapisieren der Wundränder verkleinert sich die Wunde; die durch den fortwährenden Abfluß des Sekretes oder Kotes bedingte Entzündung wird durch prolongierte oder permanente Bäder sehr günstig beeinflusst. Wenn diese Behandlung nicht zum Ziele führt, kommt die operative Behandlung in Frage, und zwar kommen je nach dem Falle Resektion des Wurmfortsatzes, Einstülpen und Vernähen des Loches im Darne, Resektion eines Darmabschnittes, Enteroanastomose oder Darmausschaltung in Frage. Die Prognose nicht-tuberkulöser Fisteln ist günstig, die tuberkulöser Fisteln sehr ungünstig. — (Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., Bd. 11, H. 2.)

Die Folgen der Unterbindung der Vena femoralis unterhalb des Ligamentum Ponparti. Von Dr. Halberstädter.

Die Ansichten über die Folgen der Unterbindung der Vena femoralis unterhalb des Lig. Ponparti sind verschiedene, während die einen Autoren die Operation aus Furcht vor der Gangrän der Extremität vermeiden, führen sie andere ohne Scheu aus. Nach einer Resektion der Vena femoralis, die auf der Königsberger chirurgischen Klinik wegen eines mit der Vene verwachsenen Tumors gemacht werden mußte, trat eine septische Gangrän der Extremität ein und Patient ging zugrunde. Die Zusammenstellung der Fälle aus der Literatur ergab, daß Gangrän in kaum 4% aller Fälle eintrat, während es bei gleichzeitiger Unterbindung der Arterie in zirka 64% zu Gangrän der Extremität kam.

Der Eintritt der Gangrän hängt nach den Untersuchungen des Vf. vor allem von den bereits vor der Operation vorhandenen Verbindungen der einzelnen Zirkulationsgebiete ab, daher ist bei notwendig gewordenener Resektion die Vene nach Möglichkeit vom Tumor zu isolieren, um nur ein geringes Stück der Vene und nur wenig Verbindungsvenen zu entfernen. Wenn es aber möglich ist, so soll bei Verletzung der Vene das Lumen durch eine Venennaht erhalten werden; ebenso ist unbedingt darauf Bedacht zu nehmen, daß die Arterie erhalten bleibt. Eine stärkere Blutinfiltration des Bindegewebes ist zu vermeiden, daher ist sorgfältige Blutstillung dringend angezeigt, ebenso auch genaue Antisepsis, um jede Infektion zu vermeiden. Die Lagerung der Extremität ist je nach der Herzkraft eine verschiedene: bei gutem Blutdruck und erhaltener Arterie Elevation oder Suspension der Extremität; nach gleich-

zeitiger Unterbindung der Arterie oder bei schlechtem allgemeinen Blutdruck horizontale v Lagerung. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, H. 2.)

Zur Frage ausgedehnter Dünndarmresektion. Von Dr. J. Nagano.

Vf. unternahm es, auf experimentellem Wege der Frage über die Zulässigkeit ausgedehnter Dünndarmresektionen näher zu treten. Auf Grund seiner physiologischen Versuche, sowie seiner Tierexperimente glaubt er bewiesen zu haben, daß die Resektion im oberen Dünndarm einen schwereren Eingriff, als im unteren darstelle, und daß daher bei derartigen Resektionen neben der Länge des zu resezierenden Stückes auch die Lokalisation desselben Berücksichtigung finden müßte. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, H. 2.)

Die Uebernähung gangränverdächtiger und gangränöser Schnürfurchen am Darm. Von Dr. Crampe.

Obwohl von mehreren Seiten Angriffe auf die Methode der Einstülpung und Uebernähung gangränöser und gangränverdächtiger Darmpartien gemacht werden, konnte Vf. auf Grund des auf der Königsberger chirurgischen Klinik beobachteten Materials die vielen Bedenken, die gegen die Operation vorgebracht wurden, nicht bestätigen. Von 38 nach dieser Methode behandelten Fällen starben 8, darunter waren Patienten, die infolge des Kollapses, also an den Folgen der Inkarzeration und nicht an der Operationsmethode zugrunde gegangen sind.

Die Methode besteht darin, daß die gangränverdächtigen Partien gegen das Darmlumen zu eingestülpt und in dieser Lage mittels sero-muskulären Nähten befestigt werden. Die Uebernähung geschieht in der Querrichtung und muß weit im Gesunden angefangen werden. Sie darf nur dann ausgeführt werden, wenn man sicher annehmen kann, daß der Darm sich in der Umgebung der Schnürfurche sicher erholt hat. Zu diesem Zwecke muß sowohl der zuführende als auch der abführende Darmschenkel und das Mesenterium auf Blutungen, Verfärbung, Konsistenz untersucht werden. Mittels dieser Operationsmethode gelingt es manchmal eine Darmresektion zu ersparen und die Operationsdauer bedeutend abzukürzen, was bei den durch die Inkarzeration kollabierten Patienten von wichtigster Bedeutung ist.

Die Methode eignet sich, bei genauer Auswahl der Fälle, zur Behandlung kleiner Darmwandbrüche und engbegrenzter

Schnürfurehengangrän. Bei sorgfältiger Ausführung können auch zirkuläre Uebernähungen ohne die Gefahr der Darmverengerung ausgeführt werden; auch zirkuläre Uebernähungen beider Schnürfurchen sind mit gutem Erfolge und ohne nachteilige Folgen ausgeführt worden.

Die große Angst vor chronischer Stenosierung des Darmes im Anschlusse an eine ausgiebige Uebernähung ist nach den Erfahrungen des Vf. nicht berechtigt; Vf. hat sich über das Befinden von 27 Operierten genau orientieren können und hat einige davon persönlich untersucht, ohne je Symptome gefunden zu haben, die auf chronische Darmstenose hingedeutet hätten. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, H. 2.)

Ueber die von Schleimbeuteln ausgehenden Neubildungen.

Von Dr. C. Adrian.

Auf Grund von zwei Fällen von Sarkom der Schleimbeutel (*Bursa praepatellaris* und *subdeltoidea*) und der in der Literatur niedergelegten 17 Fälle von echten Schleimbeutelgeschwülsten trachtet Vf. ein klinisches Gesamtbild dieser Krankheit zu geben. Die Tumoren sind schwer von chronisch entzündlichen Bursitiden zu unterscheiden und gehen häufig aus solchen hervor. Die unmittelbare Ursache des plötzlich auftretenden stärkeren Wachstums ist häufig ein Trauma. Dieses stärkere Wachstum, die stärkere Ausbildung der Venen in der Umgebung, der frühzeitige Durchbruch nach außen, das Mitergriffensein der regionären Lymphdrüsen sind für die Diagnose bestimmend.

Die Behandlung der Schleimbeutelgeschwülste verlangt bei sämtlichen Formen, ganz gleichgiltig, ob ihr maligner Charakter sich bereits kundgegeben hat oder nicht, eine gründliche Exstirpation, die allein vor einem Rezidive schützen kann. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, H. 2.)

Ein Fall von kavernösem Angiom der Finger, durch Alkoholinjektionen geheilt. Von Dr. Lilienfeld.

Der Anregung Schwalbes und Honsells folgend, hat Vf. bei einem Falle von kavernösem Angiom zweier Finger bei einem 9jährigen Kind die Alkoholinjektionen mit gutem Erfolge angewendet. Bei der großen Ausdehnung der Geschwulst konnte von einer Exstirpation derselben nicht die Rede sein, weil bei der notwendig gewordenen Ablösung der dünnen Haut eine ausgebreitete Gangrän eingetreten wäre. Die Injektionen wurden genau nach der Vorschrift Honsells nicht in den Tumor selbst, sondern

in die noch gesunden Randpartien vorgenommen und nachdem die Basis der Geschwulst infiltriert war, wurde gegen das Zentrum vorgegangen; immer wurde dann in eine bereits in Infiltration befindliche Gegend injiziert. Das Wesentliche der Technik liegt darin, perivaskulär und nicht intravaskulär zu injizieren. Die ersten Injektionen wurden mit je 1 cem 50% Alkohols, die späteren mit 70% Alkohol vorgenommen. Die Zahl der notwendig gewordenen Injektionen betrug 50.

Im Verlaufe der Behandlung trat am Rande des Nagelbettes Nekrose der Haut, die sogar zu einer oberflächlichen Nekrose des Knochens führte, ein. Das Heilungsergebnis war, soweit die Beseitigung der Geschwulst in Betracht kam, ein vollständiges, von der spindelförmigen Auftreibung beider Finger ist nichts zu bemerken und das Kind war beim Schreiben nicht mehr gestört. Hingegen führte die partielle Nekrose der Endphalanx des vierten Fingers zu einer unvollkommenen Ankylose im peripheren Interphalangealgelenk. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, H. 2.)

Ueber Oesophagoskopie und Oesophagotomie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre. Von Dr. Kaloyeropoulos.

Die Erfahrungen, die Vf. über den Wert der Oesophagoskopie bei der Behandlung von Fremdkörpern in der Speiseröhre gesammelt hat, sind durchaus günstig. Vermittelt der Oesophagoskopie kann man sich in schonender Weise von dem genauen Sitz des Fremdkörpers überzeugen und mit der Diagnose sofort auch die Therapie, die Extraktion, ausführen. Trotzdem allem hat sich dieses Verfahren leider noch immer nicht den ihm gebührenden Platz erobern können.

Als zweites rationelles Verfahren kommt die Oesophagotomie in Betracht. Sie ist indiziert 1. wenn ein frisch verschluckter Körper bis zum Ende des folgenden Tages mittels der unblutigen Methoden nicht entfernt werden konnte; 2. wenn der Fremdkörper schon seit einigen Tagen verschluckt ist, so ist nach einmaligem Mißlingen der unblutigen Methoden sofort die Oesophagotomie auszuführen; 3. ebenso ist die Operation sofort auszuführen, wenn die Natur des Fremdkörpers (z. B. Messer) jeden Versuch der Extraktion oder Hinabstossens gefährlich macht; 4. schließlich ist die Operation dringend indiziert bei bereits bestehender Infiltration des Halses. Die Mortalität der Oesophagotomie beträgt nach der Zusammenstellung des Vf. 15%.

Nach der Oesophagotomie wird der Oesophagus nur in frischen Fällen genäht und wo der Oesophagus nicht perforiert ist, sonst ziehen es die Chirurgen vor, die Wunde offen zu lassen und zu tamponieren. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, II. 2.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die erworbene Vaginalatresie vom geburtshilflichen Standpunkte aus. Von A. Brindeau.

Vf. bringt drei Beobachtungen über erworbene Vaginalatresie mit der Begründung, daß diese Erkrankungsform ziemlich selten ist, und schließt gewissermaßen an Neugebauer an, welcher sämtliche Fälle von erworbener Vaginalatresie, die bis zum Jahre 1895 publiziert wurden, zusammengestellt hatte. Nach detaillierter Beschreibung dieser drei Fälle geht Vf. auf die allgemeine Besprechung dieser Frage über. Abgesehen von dem Umstande, daß das pathologische Becken ein wesentliches ätiologisches Moment abgibt, lassen sich die Ursachen im allgemeinen in zwei große Gruppen bringen: 1. traumatische, 2. infektiöse Ursachen. In die erste Gruppe sind zu zählen: Fremdkörper, Pessare, Verbrennungen, Verätzungen, Verletzungen des Vulvovaginalkanals im Verlaufe von Geburten, sowohl normal verlaufenden, als auch operativen. Fritsch beobachtete einen vaginalen Verschluss bei einem Blasenstein, der die Blasenscheidenwand ulzeriert hatte. In die zweite Gruppe kommen alle infektiösen Erkrankungen, die sich mit vulvovaginalen Ulzerationen komplizieren können: Erysipel, Typhus, Scharlach, Diphtherie, gelbes Fieber, am meisten jedoch Puerperalfieber. Veit macht überdies auf die chronische Gonorrhö aufmerksam, die nicht zu unterschätzen sei. Weiters haben Budin, Krämer, Trélat und Pozzi Fälle mitgeteilt, wo nach ausgeheilten Beckenphlegmonen fibröse Stränge zurückblieben, die eine Verengerung des Genitaltraktes verursachten. Vf. bespricht dann die verschiedenen Formen der Vaginalatresien und deren Einfluß auf den Verlauf und die Beendigung der Geburt. Letztere erfordert die größte Aufmerksamkeit, wenn das Hindernis nicht spontan nachgibt. Dasselbe ist auf vaginalem Wege anzugehen, entweder vermitteltst Dilatation oder Incision. Ist der Verschluss fast oder ganz komplett, dann ist die Porrooperation vorzunehmen. Häufig gibt die Atresie infolge der serösen Durchtränkung der Gewebe

nach und die Austreibung der Frucht erfolgt spontan. — (Obstétrique Nr. 2, 1902.)
Königstein.

Zur Kokainisierung des Rückenmarkes nach Bier. Von Trzeficky.

Vf. verfügt über 138 Fälle, in welchen die Anästhesierung vom Rückenmarke aus versucht wurde. In 103 Fällen wurde vollkommener Erfolg erzielt, in 31 Fällen blieb jeder Erfolg aus, in 4 Fällen sistierte die eingetretene Analgesie zu früh. Vf. verwendete in 111 Fällen das Cocain. hydrochloric. Merck, und zwar in einer Maximaldosis von 15 mg in 1%iger Lösung, womit er stets sein Auslangen fand, in den übrigen Fällen Eukain β und Eukain hydrochloric. α . In einzelnen Fällen reichte die Analgesie bis zu den Brustwarzen, doch in der überwiegenden Anzahl der Fälle bis zur Nabelhöhe. Sehr verschieden war das Bild der eintretenden Intoxikationserscheinungen. Während in einzelnen Fällen nur ganz mäßige und rasch vorübergehende Kopfschmerzen auftraten, machten andere bereits unmittelbar nach der Operation den Eindruck von Schwerkranken durch 24—48 Stunden hindurch. Die hervorstechendsten Symptome waren heftige Kopfschmerzen, qualvolles Erbrechen, Schüttelfröste und Temperatursteigerung über 40°, Gefühl großer Hinfälligkeit und Trockenheit im Munde, jedoch wurde ein dauernder Nachteil für die Kranken nicht beobachtet. Vf. ist nach seinen Erfahrungen der Ansicht, daß diese Methode der Anästhesierung nur bei Operationen an den unteren Extremitäten und am Becken in Anwendung zu ziehen ist, jedoch kann die Kokainisierung des Rückenmarkes in ihrer jetzigen Form die Inhalationsmethode nicht ersetzen. Er empfiehlt besondere Vorsicht bei Herzaffektionen, besonders bei chronischer Myokarditis. Wegen Gefahr der Autoinfektion soll die Lumbalpunktion bei septikopyämischen Kranken nicht gemacht werden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 22, 1901.)
Königstein.

Das Kokain in der Geburtshilfe. Von L. Demelin.

Das Kokain besitzt zwei hervorragende Eigenschaften: 1. Wirkt es anästhesierend, 2. ist es ein wehenerregendes Mittel. Diese beiden Eigenschaften sind für den Geburtshelfer von großem Interesse und wurden bereits im Jahre 1884 zum erstenmale von Polk diesbezügliche Versuche gemacht. Er behandelte das Collum uteri mit einer 4%igen Kokainlösung, um dasselbe anästhetisch zu machen behufs schmerzloser Anlegung von Nähten. Im selben Jahre machte Doléris eingehende Studien über die Kokainanalgesie

während des Geburtsverlaufes. Jeannel nahm im Jahre 1886 die Sache wieder auf, indem er während des Geburtsverlaufes mit 5%iger Kokainlösung getränkte Tampons in die Scheide einführte. Auvard und Secheyron stellten im Jahre 1887 neuerliche diesbezügliche Versuche an und empfiehlt ersterer, das Kokain nur während der Austreibeperiode in Anwendung zu ziehen, und zwar in Form von subkutanen Injektionen in die großen Schamlippen. Ueber die wehenerregenden Eigenschaften des Kokains machte Doléris eingehende Studien und Budin baute dessen diesbezügliche Erfahrungen weiter aus. Von da zur Medullarnarkose mit Kokain war nur mehr ein Schritt und gebührt Corning das Verdienst, als erster im Jahre 1885 Versuche über die chirurgische Rückenmarksanalogie angestellt zu haben. Sein Verfahren geriet allerdings in Vergessenheit und blieb es Bier vorbehalten, dasselbe im Jahre 1898 wieder ans Tageslicht zu fördern und zu Ehren zu bringen. Tüffier verbesserte und verallgemeinerte es im Jahre 1899, worauf dann auf dem Gebiete der Lumbalinjektion eine ganze Reihe von Arbeiten von Doléris, Malartic, Bumm, Kreiß und Dupaigne im Jahre 1900 folgten. Guéniot stellt bezüglich der Medullarnarkose folgende Indikationen auf: 1. Die geburtshilflichen Operationen, die eine Anästhesie fordern, mit Ausnahme derjenigen, bei welcher die Hand in das Cavum uteri eingeführt wird. 2. Schmerzen von großer Intensität, wie solche manchmal das Ende der Geburt begleiten. 3. Ausgesprochene Langsamkeit der Geburt infolge Schwäche und Unregelmäßigkeit der Wehen. 4. Tendenz zu Blutungen. Kontraindikationen sind: 1. Läsionen des Herzens oder der großen Gefäße, 2. chronische Erkrankung der Respirationsorgane, 3. Erkrankungen der nervösen Zentren, insbesondere das Vorhandensein von Gehirntumoren, 4. Unmöglichkeit der aseptischen Ausführung der Injektion. Weiters hat Reclus neuestens darauf hingewiesen, daß das Verfahren der Medullarnarkose große Gefahren in sich birgt und Todesfälle nicht selten sind. — (Obstétrique Nr. 2, 1902.) Königstein.

Die Klavikotomie. Von G. Perondi.

Obiger operative Eingriff wurde zuerst im Jahre 1877 von Fornari angegeben und seitdem nach einer Zusammenstellung des Vfs. zwölfmal ausgeführt. Der Zweck des Verfahrens ist, durch die Durchtrennung der Klavikeln in solchen Fällen eine Verringerung der kindlichen Schulterbreite zu erreichen, in welchen eine abnorm starke Entwicklung der kindlichen Schultern oder ein

etwaiges Mißverhältnis zwischen mütterlichem Becken und kindlichen Schultern ein Geburtshindernis abgeben. In solchen Fällen empfiehlt Vf. die Durchtrennung eines oder beider Schlüsselbeine und kann diese Operation selbst bei lebendem Kinde in Frage gezogen werden. Sie wird am besten in der Art vorgenommen, daß die Klavikula auf der Höhe der vorderen Konvexität mit einer Schere durchtrennt wird. — (Arch. ital. di gin. Nr. 1, 1902.)

Königstein.

Narbige Atresie der Vulva bei einem 3 $\frac{1}{2}$ Jahre alten Mädchen.

Von G. Dirner.

In vorliegendem Falle handelt es sich um ein 3 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen, bei welchem es infolge eines Trauma zur Nekrose der Vulva mit konsekutiver Vernarbung kam. Es bestand überdies Harnträufeln besonders in aufrechter Stellung. Der lokale Befund zeigte eine völlige Verwachsung der Vulva. Durch eine nadelstichgroße Oeffnung fand stetig Urinträufeln statt. Im Suleus labiofemorales fand sich eine ebenso große Oeffnung eines 3 cm lang unter der Haut verlaufenden Fistelganges. Vf. untersuchte in Narkose per rectum und konnte vor demselben eine kinderarmdicke wurstförmige Geschwulst tasten, die er für die gefüllte Blase hielt, die sich jedoch bei der gleich folgenden Operation als erweiterte, mit Urin gefüllte Scheide entpuppte, die dem Urin als Behälter diente und nur im gefüllten Zustande einige Tropfen auspreßte. Die Vulva wurde eröffnet und die Schleimhaut der Scheide an die Schleimhaut der kleinen Lippen angenäht. Prima intentio. — (Orvosi hetilap Nr. 47, 1902.)

Königstein.

Beitrag zur operativen Behandlung von Eiteransammlungen in den Anhängen der Gebärmutter. Von Mandl und Bürger.

Die Vf. machen in obiger Arbeit den Versuch, an der Hand des reichen Materials der Klinik Schauta die prinzipielle Frage zu lösen, auf welche methodische Weise Eiteransammlungen in den Anhängen der Gebärmutter operativ zu behandeln sind. Wenn auch in den letzten Jahren das Bestreben immer mehr zutage trat, bei Entzündungen der Adnexe womöglich konservativ vorzugehen, so ist bei Vorhandensein von Eiterhöhlen in den Adnexen, den sogenannten Beckenabszessen, die Operation stets im Auge zu behalten. Es haben sich jedoch im Laufe der Zeiten große Meinungsverschiedenheiten zwischen den tonangebenden Operateuren herausgebildet, auf welche Weise operativ vorzugehen ist und sind die Vf. mit ihrem Beitrag in der Absicht auf den Kampfplatz getreten,

um etwas zur Klärung dieser Frage beizutragen. Sie konnten dies umso leichter, als ihnen das reiche Material der Klinik Schautas zu Gebote stand und wurden zu diesem Behufe aus dem Gesamtmaterial 273 Fälle von Eiteransammlung in den Adnexen ausgewählt, die auf verschiedene Weise operativ angegangen wurden, und versucht, durch prozentuarische Vergleichung der Resultate zu entscheiden, welche Operationsmethode zum Prinzip zu erheben sei. Es würde den Rahmen dieses Referats weit überschreiten, auf die Einzelheiten der Arbeit, speziell auf die statistischen Daten, des näheren einzugehen und genügt es, hervorzuheben, daß die Vf. aus ihren Aufstellungen den Schluß ziehen, daß der vaginalen Radikaloperation vor allem anderen der Vorzug zu geben ist. Die Entfernung des Uterus als primäre Ursache der ganzen Erkrankung und jedes neuen Nachschubes ist eine „*Conditio sine qua non*“. Kann man doch selbst beim abdominalen Vorgehen durch die radikale Operation bessere Resultate erzielen, als durch die alleinige Entfernung der Adnexe. Die Nachteile und Gefahren, welche der vaginalen Radikaloperation von vielen Seiten zugeschrieben werden, widerlegen die Vf. in schlagender Weise. Von großem Interesse ist jener Teil der Arbeit, welcher sich mit den Inzisionsmethoden beschäftigt, die in neuerer Zeit von verschiedenen Seiten in Vorschlag gebracht wurden und ganz unverdiente Aufmerksamkeit erregt haben. Eines der wichtigsten Argumente gegen die vaginale Inzision liegt nach der Ansicht der Vf. darin, daß selbst mit den neuesten Methoden von Gottschalk, Dührssen und Veit bei etwas komplizierteren Verhältnissen sämtliche Rezessus und Höhlen dem Messer des Operateurs nicht zugänglich sind. Die Vf. bezeichnen diese Methode als Palliativoperation, als eine Operation der Not, die der Patientin nur vorübergehend über ihre Beschwerden hilft und eine andauernde Besserung nicht zu erwarten ist. Für die abdominale Inzision ist einzig und allein die Lage des Eiterherdes bestimmend. So sehr auch die Versuche eines diesbezüglichen konservativen Verfahrens zu billigen sind, zeigen die Erfahrungen an der Klinik Schauta zur Genüge, daß mit der Inzision von eitrigen Adnextumoren keine Dauerresultate erzielt werden können und diesem Verfahren mithin keine prinzipielle Stellung gebührt. Nach der Ueberzeugung der Vf. ist die vaginale Radikaloperation als prinzipielle Methode anzusehen und in geeigneten Fällen auch in dieser Hinsicht operativ vorzugehen. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 64, H. 1.)

K ö n i g s t e i n.

Urologie.

Neuere Arbeiten über Lithiasis:

I. Meine Erfahrungen über Lithiasis der Harnwege. Von Nicolich.

Vf. deponiert in einer statistisch-kritischen Studie seine Resultate bei operativen Lithiasisfällen aus der urologischen Abteilung des Triester Krankenhauses. Zunächst wird die Nephrolithiasis besprochen, bei welcher N. entweder die Nephrolithomie oder die Nephrektomie ausführt. Er unterscheidet zwischen einer aseptischen und einer septischen Nephrolithotomie, sowie zwischen einer primären und einer sekundären Nephrektomie. N. kann auf gute Resultate hinweisen (von 11 septischen Fällen 8 Heilungen, 3 Todesfälle, Mortalität 12·5%). Zur Beurteilung der Funktionstüchtigkeit verwendet er den Harnleiterkatheterismus und den D o w n e s'schen Harnsegregator. Die Indikationen sind noch immer nicht vollkommen abgegrenzt. Es ist klar, daß man einen Nierenstein, der nicht spontan herabsteigen kann, operativ beseitigen soll, wenn Anurie nach Steineinklemmung besteht, auch in weit vorgeschrittenen Fällen. Die große Verschiedenheit des Verlaufes warnt jedoch vor Schematisierung. N. verweist auf einen „fast sterbenden“ Fall und Ref. auf viele, darunter selbst beobachtete Fälle von spontanem Steinabgang nach 5—8tägiger totaler Anurie. Wo ist die Grenze? Kein Chirurg wird sich ohne absolut sichere Diagnose (Röntgen!) so leicht entschließen, Nierensteine operativ anzugehen und selbst der radiologische Befund ist trotz der fortwährend verbesserten Technik (D e s s a u e r s Kompressionsblende etc.), wenn negativ, nicht verläßlich. Die Indikationsstellung bleibt daher der Erfahrung und dem Geschmacke des einzelnen Arztes überlassen, trotz der verlockendsten Statistiken. Bei Pyonephrosis empfiehlt N. die Nephrostomie, beziehungsweise bei sicherer funktionsfähiger Existenz der anderen Niere und größerer Vernichtung der Steinniere durch den eitrigen Prozeß die primäre Nephrektomie.

Das zweite Kapitel der Arbeit ist den Blasensteinen gewidmet. Vf. verwendet Lithotripsie und Kystotomie, seine Resultate sind laut einer vergleichenden Tabelle recht günstig (Mortalität nach Lithotripsie 3·5%, nach Kystotomie 7·5%). Zu erwähnen ist, daß Vf. schlechte Resultate nach Anwendung des P e t e r s e n'schen Ballons verzeichnet, da das durch den Ballon erweiterte Rektum die Blase meist nach rechts verschiebt. Es resultiert dann

nach Inzision der Blase eine Verschiebung zwischen der abdominalen und vesikalen Inzision, welche nach Entfernung des Ballons und Verschluss der Wunde durch Harninfiltration verhängnisvoll werden kann. Im Anschlusse publiziert N. einige seltenere Fälle, darunter einen Phosphatpfeifenstein, vier Prostatasteine und mehrere durch Urethrotomie entfernte Harnröhrensteine. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 69, H. 4.)

2. Bericht über 292 Blasensteinoperationen. Von Dsirne.

Vf. nennt die jetzige Strömung bei Blasensteinoperationen eine richtige Sturm- und Drangperiode, da die Steinoperateure in drei Lager geteilt seien, in die Zertrümmerer, die Anhänger des hohen und des Medianschnittes. Er vernimmt das Individualisieren von Fall zu Fall. Von den in einem Zeitraum von acht Jahren ausgeführten 292 Operationen entfallen 186 auf die Sectio mediana (Mortalität 5·37%), 71 auf Sectio alta mit primärer Naht der Blasenwunde (Mortalität 1·47%) und 34 auf Sectio alta mit offener Wundbehandlung (Kystostomia — pexia) mit einer Mortalität von 2·94%. Gesamt mortalität daher 4·45%. Die Indikation wird folgendermaßen gestellt: Sectio alta bei Kindern unter 12 Jahren wegen Gefahr der Ueberdehnung des Sphinkters bei der manuellen Exploration der Blase und folgender Inkontinenzerscheinungen. Ebenso bei Individuen mit zu kurzem Perineum, mit narbigen Strikturen der Harnröhre, endlich bei sehr harten und sehr großen, den größten Teil des Blasen kavums einnehmenden Steinen. Die Primärnaht nach dem suprasymphysären Steinschnitt kommt zur Anwendung bei klarem, saurem Urin, und normaler Blasenwand. Die Ventrofixation zur Ruhigstellung der Nahtfläche an der Vorderwand, welcher man den Vorwurf machte, sie führe zu Lageveränderungen und nachherigen Funktionsstörungen, nimmt D. auf Grund von Sektionsergebnissen in Schutz, da sie nur ein Zustand von temporärer Bedeutung sei. Bei nicht ganz einwandfreiem Urin Naht und Drainage des prävesikalen Raumes. Verweilkatheter wird bei Kindern unter vier Jahren nicht verwendet, die Anlegung desselben vor der Naht empfohlen. D. führt die Sectio alta bei vollkommen entleerter Blase aus, da er durch das Ueberfließen des Blaseninhaltes in den prävesikalen Raum eine erhöhte Infektionsgefahr befürchtet. Die große Mehrzahl der Eingriffe kommt demnach auf den Medianschnitt. D. ist folglich ein „unbedingt blutiger“, der die Lithotripsie als ein Arbeiten im Dunklen für gefährlich hält. Konsequenterweise äußert er sich auch achsel-

zuckend über das Kystoskop, da er ja immer bei der Operation eine Digitaluntersuchung vornimmt. Wo da das „Individualisieren“ bleibt, ist dem Ref. allerdings unklar. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, H. 1.)

3. Bemerkungen zur Blasensteinertrümmerung mit nachfolgender Aspiration. Von Krüger.

Ein Pendant zu der vorigen Arbeit. K. führte in den letzten drei Jahren unter 105 Steinoperationen 103mal die Litholapaxie aus, der er emsig das Wort redet. „Diese Operation hat gegenwärtig einen so hohen Grad technischer Vollendung erreicht, daß es nur wenige für sie unausführbare Fälle gibt.“ Als Kontraindikation gelten für die Aspiration nach Zertrümmerung Entartungsprozesse in der Blasenwand, wie sie vornehmlich beim Prostatiker als Schlußstadium der muskulären Hypertrophie vorkommen, da solche Blasen selbst die geringsten Druckerhöhungen nicht tolerieren (Ruptur), daher Aspiration in solchen Fällen mit nur 50 ccm Blasenfüllung, und zwar erst nach klarer, blutfreier Spülflüssigkeit. Ferner ist Litholapaxie abzulehnen bei entzündlichen Prozessen in der Nachbarschaft der Blase. Strikturen werden entsprechend vorbehandelt, allmähliche Dilatation, eventuell Urethrotomia interna. Bezüglich der Technik gibt Vf. einige beherzigenswerte Winke: Behufs Beendigung der Operation in einer Sitzung und Vermeidung eines Rezidivs durch Zurückbleiben eines Fragments möge erst 5—10 Minuten nach vermeintlichem Operationsschlusse eine entsprechende Kontrolle ausgeführt werden, da man bei Blasenkrampf einerseits, bei Balkenblase anderseits erst nach Ablauf einer gewissen Zeit jene Stelle der Blase, an der das Konkrement gesessen, auf Steinreste dortselbst untersuchen kann. Ferner benützt K. ein altes erprobtes Mittel zur Diagnose der gelungenen Litholapaxie, nämlich die mikroskopische Urinuntersuchung auf rote Blutkörperchen, welche, wenn sie 5—6 Tage nach der Operation, nach einem Spaziergang oder einer Wagenfahrt, bei klarem Urin ausgeführt, negativ bleibt, jede weitere Untersuchung erübrigt. Als Vorbeugungsmittel gegen den häufigen Schüttelfrost nach Blasenoperationen hatte K. gute Resultate mit dem von F r e u d e n b e r g empfohlenen Acid. camphor. crystallisat. 3·0 pro die, einige Tage vor der Operation gegeben. K. führt seine Operationen meist in den Mietswohnungen der Wildunger Kurgäste aus, behandelt dann mit dem Wildunger Brunnen nach und verweist auf gute Momentanresultate. Ueber die Rezidive kann er wegen der Kürze der

Zeit (drei Jahre) noch keine Angaben machen. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 68.) Rich. Grünfeld.

Dermatologie.

Zur Behandlung der Psoriasis.

In dem Wettstreit der Ansichten über die Herkunft der Schuppenflechte, die sich bald für den parasitären Ursprung des Leidens entscheiden, bald wieder Ernährungsstörungen als den ätiologischen Faktor ins Treffen führen, sieht man auch die Therapie in reger Fluktuation begriffen. Immer wieder aber ergibt sich die Nötigung, auf die längst bewährten reduzierenden Mittel zurückzugreifen, die zwar keiner kausalen Indikation zu genügen vermögen, aber doch stets hilfreich zur Verfügung stehen und fast nie ihre Heilwirkung versagen. Es sind das die Pyrogallussäure und das Chrysarobin, während die interne Arsenmedikation nur zur Unterstützung der äußerlichen Behandlung dienen kann. Die in neuerer Zeit zur Empfehlung gelangten Schilddrüsenpräparate, wie das Jodothyrin und Thyreoidin, haben ebensowenig zu Dauererfolge geführt, wie das in vergangenen Tagen übermäßig gepriesene Jodkalium in großen (10·0—30·0 g) Tageslosen. Auch die von den Franzosen empfohlene Kakodylsäure hat sich bei der ihr anhaftenden Reizwirkung keinen größeren Anhang zu sichern vermocht.

Auf die längst eingebürgerte, nicht eben sehr reinliche Teerbehandlung möchte in neuerer Zeit Eddowes (Hosp. Gaz., Juli 1902) wieder als besonders wirksam hinweisen. Er hatte vorzügliche Resultate mit Anwendung des Liqueur. pic. carbon., welcher nach gründlicher Reinigung der Haut von allen Schuppen (was die Vorbedingung einer jeden Behandlung ist), zweimal täglich 4—6 Tage lang aufgetragen wird; dann werden die Teile 2—3 Tage hindurch mit Borsalbe oder -Lösung bepinselt, wieder gründlich gewaschen und, wenn nötig, die Applikation von Teer wiederholt. Der weiteren Verbreitung dieses gewiß ganz rationellen Verfahrens wird aber auch fernhin, wie bisher, der penetrante Geruch des Präparates im Wege stehen. Ein weiteres, die Teerapplikation vermeidendes Moment — das starke Abfärben — dürfte in Zukunft zu umgehen sein, da es gerade in allerjüngster Zeit Sack in Heidelberg gelungen ist, in Gemeinschaft mit einem Chemiker aus

Ludwigshafen, ein farbloses Teerpräparat darzustellen, das sonst alle die Heilwirkung bedingenden Eigenschaften dunkler Teersorten aufzuweisen hat. Das Mittel wird unter dem Namen *Anthrasol* von der Fabrik *Knoll & Comp.* in Ludwigshafen zur Abgabe gebracht.

Zu dem Vorschlage, die Psoriasis mit Alkalien zu behandeln, gelangt *Verrotti* (*Giorn. int. d. Scienze med.* Nr. 12, 1902) an der Hand einer Hypothese, welche in dem Uebel eine durch organische Säuren bedingte Autointoxikation erblickt. Die Aktivität des psoriatischen Prozesses soll in direktem Verhältnis zur Azidität des Blutes, resp. Harnes und in umgekehrtem zur funktionellen Integrität der Nieren stehen.

Hiemit im Einklange stünde der von *Watson* (*Lancet*, März 1902) in einem Falle von *Psoriasis rupioides* erzielte Erfolg mit täglichen Bädern von Natrium bicarbonic. und nachheriger viertelstündiger Einreibung mit Glyzerin. Bei dem 19jährigen Kranken hatten rupiaähnliche Scheiben in halbjähriger Ausbreitung die Extremitäten überwuchert.

Watson und *Thomson* in Edinburgh (*Lancet*, Oktober 1902) sprechen einem aus Knochenmark bereiteten, *Myelocene* getauften Mittel eine große Zukunft in der Psoriasisbehandlung zu, welchen sanguinischen Vorhersagen indes nur das dürftigste Beobachtungsmaterial als Grundlage dient. Appliziert wird das bei Mittelohrerkrankungen (!) erprobte Medikament als Einreibung, vermischt mit Mandelöl, in wechselnder Konzentration bis zu 50%. Besonders bemerkenswert ist der Umstand, daß hierbei gleichsam eine Fernwirkung mitspielen soll, indem die Einreibung einzelner Körperregionen die Flechte auch an anderen zum Schwinden bringen soll.

Mehr Vertrauen, als diese aus gelegentlichen Heilerfolgen abgeleiteten Empfehlungen, verdient eine Verschreibung von *Dreuw* (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, Bd. 36, Nr. 9, 1903), die sich auf die Kombination einer Reihe keratolytisch, lepismatisch und spezifisch-antipsoriatisch (?) wirkender Substanzen bezieht.

Die Formel ist folgende: Acid. salicyl. 10·0, Chrysarobin, Ol. Rusci aa 20·0 (reduzierend), Sapon. virid. (lepismatisch), Vaseline (Constituens) aa 25·0; hierbei scheint die Schälwirkung in Verbindung mit dem reduzierenden Einfluß des Chrysarobins und des Teers von großem Vorteil zu sein.

Die Anwendung findet in der Weise statt, daß morgens und abends die einzelnen Plaques mit einem Borstenpinsel überpinselt werden. Dies geschieht etwa 3—4 Tage lang. Es bildet sich eine schwarze Schicht über dem Herd, die sich dadurch lockert, daß man den Herd mit Pasta Zinci. sulfurata dreimal täglich dick überstreicht und dann mit grüner Seife oder Benzinwatta die Stelle reinigt. Die Umgebung des Plaques kann mit Zinkleim geschützt werden.

Zur Therapie des Epithelioms.

Das von den Prager Aerzten C e r n y und T r u n e č e k im Jahre 1897 in der „Semaine médicale“ wiederbelebte Verfahren der A r s e n b e h a n d l u n g des Hautkrebses, erfreut sich besonders in Frankreich des größten Anhanges und beginnt seit einiger Zeit auch auf deutschem Boden Freunde zu gewinnen, so daß Truneček im Jahre 1901 schon 43 Arbeiten zitieren konnte, die dem Verfahren gewidmet sind. Im Gegensatz zur früheren Arsenpastenbehandlung, ermöglicht die Modifikation der Autoren die systematische, langsame Applikation des Medikaments, das in Form der arsenigen Säure in alkoholischer Lösung (Acid. arsenicos. 1·0, Alcoh. abs. Aqu. destill. aa 75·0; acid. arsenic. 1·0, Alcoh. abs. Aqu. destill. aa 25·0) zur Aufpinselung gelangt. Nach dem Einpinseln bleibt die Geschwürsfläche ganz frei, wodurch meist nach 24 Stunden schon eine grauweiße, gut haftende Kruste vorhanden ist. Nachfolgend wird auf die Kruste selbst, ohne dieselbe zu entfernen, gepinselt und durch diese Pinselungen, sowie durch die beständige Berührung mit der Luft, wird die Kruste immer dicker, härter und auch dunkler und haftet innig dem Geschwürsgrunde an. Nach einiger Zeit erfolgt eine Lockerung, resp. Abfall der Kruste und eine von frischen Granulationen bedeckte Stelle tritt zutage. Wenn bei neuerlicher Pinselung des gereinigten Grundes sich nur eine dünne, gelbliche oder grünliche Kruste bildet, ist es überflüssig, mit der Behandlung fortzufahren, da alles Krankhafte mit der ersten Kruste entfernt ist; sind noch Krebsnester zurückgeblieben, so bilden sich an den entsprechenden Stellen dicke, festhaftende Krustenteile und die Therapie hat fortgesetzt zu werden. Die Behandlung ist kaum schmerzhaft. Diese Methode hat Beck (Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. 36, Nr. 7) in fünf Fällen in Anwendung gebracht, und konnte mit derselben zufriedenstellende Erfolge erzielen, ohne indes von einer spezifischen Wirkungsweise der alkoholischen Arseniksäurelösung über-

zeugt zu sein. Die von B. formulierte Indikationsstellung: bei bestehender Drüseninfiltration von den Pinselungen — als erfolglos — Abstand zu nehmen, kann nur der Beherrzigung empfohlen werden.

Eine vollständige Heilung nach dieser Arsenikmedikation will Asselsbergs in zwei Fällen von *Ulcus rodens* beobachtet haben. Unter 61 Fällen von Epithelkrebs, welche dem Vf. in den letzten Jahren vorgekommen sind, fand sich das *Ulcus rodens* 18mal, und zwar 11mal bei Frauen, 7mal bei Männern. Das mittlere Alter der Kranken war 63 Jahre. In den besprochenen zwei Fällen waren die Nasenflügel, Wangen und Oberlippe, resp. die ganze Schläfengegend, Stirn und Lider ergriffen. Das Allgemeinbefinden war in beiden Fällen trotz Kankroid und Alters (63 Jahre und 84 Jahre) gut. — (Presse med. belge. Nr. 23, 1902.)

Ueber ein rasches Einwuchern von gesundem Epithel in die ulcerösen Flächen unter der Finsen-Behandlung berichten M. Morris und Dore. (Brit. med. Journ., Febr. 1901.) Bei intaktem Epithel konnten Vf. eine Erweichung der Wucherung (?) verfolgen. Pugh sah in vier Fällen von *Ulcus rodens* guten Erfolg von der Radiotherapie. (Brit. med. Journ., April 1902.) Er ist der Meinung, daß die Dauer der Einzelsitzungen nicht über 15 Minuten ausgedehnt zu werden braucht. Die Zahl der Sitzungen betrug beim Falle I 30, II 44, III 28, IV 12.

Im Berichte Pusegs figurieren sechs Epitheliome als mit den Röntgen-Strahlen günstig beeinflusst. Als Vorteile der Therapie werden Schmerzlosigkeit, die Zerstörung kranken Gewebes mit Hinterlassung gesunder Texturen, sowie der geringe Umfang der Narben (?) namhaft gemacht. (Journ. amer. med. assoc., April 1902.) Nach Beck soll sich bei dieser Anwendung des Röntgen-Verfahren ein chemischer Einfluß auf das affizierte Gewebe geltend machen, der zu einer Beeinträchtigung der Zeller-nährung führt. — (New-Yorker Med. Journ., Bd. 75, Mai 1902.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber die Bedeutung der Syphilis in der Pathogenese der Tabes. Von Dr. W. Friedlaender.

Gläser hat zuerst den Vorschlag gemacht, die Fragestellung bei der Tabes so zu fassen, daß man weniger Wert darauf

lege, wie viel Tabetiker Lues hatten, als vielmehr darauf, wie viel Luetiker Tabes bekommen. F., der sich dieser Anschauung vollständig anschließt, sucht nun durch Anführung der einschlägigen Arbeiten darzutun, daß sicherlich die Syphilis in der Aetiologie der Tabes nicht den alleinigen, bzw. hervorragendsten Faktor darstelle. Das beweise die Häufigkeit der Syphilis und die Seltenheit der Tabes in Zentralasien, Arkansas, Abessinien; weiters ist nach Sch e u b e in den Tropengegenden die Tabes überhaupt unbekannt oder doch äußerst selten, die Syphilis aber häufig. Ähnliches berichten G l ü c k aus Bosnien, v. D ü r i n g aus Kleinasien. Es könne daher die Statistik F o u r n i e r s, der unter 1000 Tabetikern bei 925 vorausgegangene Lues konstatieren konnte, nicht mehr beweiskräftig sein.

Zu all diesen Gründen kommt als neue Stütze das interessante Experiment E d i n g e r s, dem es gelang, bei Ratten anatomische Veränderungen der Hinterstränge und der hinteren Wurzeln zu erzeugen, wenn er sie schwer arbeiten ließ; der Erfolg tritt leichter ein, wenn die Tiere vorher geschwächt werden. Immerhin nahm E d i n g e r noch an, daß das Wichtige die Schwächung des Nervensystems durch die Syphilistoxine sei, während der Hyperfunktion eine sekundäre Bedeutung zugeschrieben wurde. Jetzt stände aber die Sache so, daß der Hyperfunktion die wichtigere Rolle zukomme, während die chronische Vergiftung durch die Syphilistoxine noch so lange außer Acht zu lassen wäre, als die Toxine uns noch völlig unbekannt sind.

Die Winke, die sich aus diesen Ausführungen für die Therapie ergeben, wären, daß vor allem die Quecksilberapplikation fallen zu lassen sei. Dieser Anschauung ist auch eine große Anzahl deutscher Autoren, während die Franzosen über günstige Erfolge durch Quecksilberbehandlung berichten. Entsprechend dem Hauptfaktor, der Hyperfunktion, muß aber die körperliche Ruhe in der Therapie künftighin eine große Rolle spielen. — (Therap. Monatsh. Nr. 4, 1903.) D.

Ueber Hautgeschwüre gonorrhöischer Natur. Von O. Salomon

Eine 20jährige Kellnerin zeigte bei ihrer Aufnahme in die Krankenanstalt neben reichlich gonokokkenführendem Ausfluß aus Urethra und Vagina am Kanne des rechten kleinen Labiums ein 3 cm langes und $1\frac{1}{2}$ —2 cm tiefes, scharfgeschnittenes Ulkus mit schwärzlich schmutzigem Belag. Im Ausstrichpräparat fanden sich statt der erwarteten D u c r e y'schen Bazillen reichlich Gono-

kokken, die auch durch das Kulturverfahren verifiziert wurden, ebenso konnten in einem dem Ulkus entnommenen Gewebsstücke Gonokokken nachgewiesen werden. Während des Spitalaufenthaltes wurde, ohne daß tags vorher etwas bemerkt worden wäre, auch auf dem linken kleinen Labium ein ähnliches Geschwür vorgefunden. Die Geschwüre zeichneten sich durch ihre große Schmerzhaftigkeit aus und bluteten leicht. Spülungen mit Argent. nitric. 1‰, später Durchspritzungen mittels Pravazspritze mit 1%iger Lapislösung bringen die Geschwüre bald zur Vernarbung.

Es ist kein Zweifel, daß es sich hier wirklich um Gonokokken handelte, dagegen ist die wichtige Frage die, ob hier eine primäre Gonokokkenulzeration vorlag oder ob man es mit der sekundären Infektion eines bereits vorhandenen Geschwürs zu tun hatte. Das letztere glaubt der Autor auf Grund seines Befundes ausschließen zu können, denn es waren ursprünglich in dem Ausstrichpräparate immer nur Gonokokken und keine anders gearteten Bakterien nachzuweisen, erst später trat eine Verunreinigung mit anderen Bakterien ein, überdies bot auch das unter den Augen der Aerzte auftretende zweite Geschwür Gelegenheit, die Untersuchungen gleich von den ersten Anfängen an anzustellen. Ist nach diesen Ausführungen die sekundäre Infektion auszuschließen, so läßt sich doch nicht ohneweiters behaupten, daß es sich um primäre Geschwüre handle, vielmehr scheint es, daß ursprünglich Abszesse vorhanden waren, die nach außen durchbrachen; dafür spricht insbesondere auch der Umstand, daß die Geschwüre sofort in solcher Ausdehnung und Tiefe in Erscheinung traten; dabei ist es immerhin auffallend, daß diese Abszesse vorher so gar keine Symptome verursachten. Tatsächlich liegt eine ähnliche Beobachtung von multiplen Abszeßbildungen an den kleinen Labien, an der Clitoris u. s. w. auf Grund gonorrhöischer Infektion seitens Gravagna vor. Nichtsdestoweniger möchte der Autor die Frage, ob primäre Ulzeration oder primärer Abszeß, in Schwebe lassen. — (Münch. medic. Wochenschr. Nr. 9, 1903.) D.

Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhrenkrankungen. Von Dr. E. Remete.

Der Autor hat einen Titel gewählt, der dem Inhalte nicht ganz entspricht; er bringt keine Beiträge zur mechanischen Behandlung der Harnröhre, sondern zwei Instrumente, die der mechanischen Behandlung dienen, von denen er versichert, daß sie ihm in der Praxis ausgezeichnete Dienste geleistet. Er ist Anhänger

der Dilatationsmethode in der Behandlung der chronischen Gonorrhöe. Doch scheinen ihm die bisher üblichen Dilatatorien mangelhaft, da sie, aus mehr oder weniger biegsamen Spangen zusammengesetzt, des in seinen Augen wichtigsten Kriteriums entbehren, nämlich schwere Sonden zu sein. Sein Instrument stellt eine aus zwei symmetrischen (wie der Autor sagt, sie sind aber im geometrischen Sinne weder symmetrisch, noch kongruent) Halbsonden zusammengesetzte Sonde mit B e n i q u é'scher Krümmung dar, die zwischen sich in einer Mulde einen Stift fassen, der mittels Schraubenwirkung die beiden Halbsonden auseinanderdrängt. Die Vorzüge dieses Instrumentes bestehen in der Aufrechterhaltung des Sondenprinzipes, in der Möglichkeit der Einführung ohne Kautschuküberzug, Ausschließung von Traumen, Sterilisierbarkeit, Billigkeit und Haltbarkeit.

Das zweite Instrument soll die Erweiterung enger Strikturen erleichtern; es verbindet das Prinzip des Gleitens von M a i s o n n e u v e mit dem Verfahren L e f o r t s, der die Sonde auf eine an dem Bougie filiforme angebrachte Schraube aufschraubt und durch Verschieben, wobei sich die Bougie in der Blase einrollt, mit derselben an und durch die Striktur kommt. Der Autor benützt für die gleichen Zwecke einen konischen Katheter, der neben dem seitlichen Auge statt der Spitze eine Bohrung trägt, durch welche das filiforme Bougie durchgeführt wird. Es ist dies das gleiche Prinzip, wie das der von L a n g und anderen benützten Kehlsonden, die doch hier hätten erwähnt werden können. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, XIV, H. 4.) D.

Gummata an Injektionsstellen von Quecksilberpräparaten.

Von Dr. Fr. Juliusberg.

Die Beobachtung, daß sich auf der Basis ehemaliger Injektionsstellen nach verschiedenen langen Zeiträumen, Monaten bis Jahren, Zerfallsherde etablieren, ist keine neue, nur ist die Deutung derselben noch immer eine strittige, insoferne als die einen geneigt sind, sie wirklich als Gummien aufzufassen, während die anderen sie entweder als erweichte, durch Quecksilberabkapselung veranlaßte, chronische Infiltrate ansehen oder endlich als Quecksilberreste, die durch Joddarreichung zur Bildung von ätzendem Quecksilberjodid geführt haben. Der Autor, der drei Fälle (zwei aus der Klinik, einen aus der Privatpraxis N e i s s e r s) beobachtet hat, zieht nun in Erwägung, was für oder gegen die eben geäußerten Anschauungen spricht. Vor allem schließt er auf Grund der

jüngst erschienenen Arbeiten Fr. Lessers (in diesem Blatte bereits referiert) ohneweiters die Bildung von ätzenden Verbindungen in seinen Fällen aus. Das in einem Falle bereits frühe (nach $\frac{3}{4}$ Jahren) Auftreten der erweichenden und ulzerierenden Tumoren spricht nicht gegen die Annahme gummöser Bildungen, während andererseits die Supposition chronischer, durch Hg. unterhaltener Infiltrate wegen der teilweise sehr langen Zeitdauer, die zwischen Injektion und Ulzeration liegt, nicht sehr gestützt erscheint, doch muß zugegeben werden, daß das lange Ruhen von Hg. innerhalb schwierigen Gewebes bereits wiederholt beobachtet worden ist. Klinisch würde zu Gunsten der Annahme von Gummien das gleichzeitige Vorhandensein anderer gummöser Bildungen an der Körperoberfläche, sowie weiters der sichtlich günstige Einfluß der Jodtherapie sprechen. Ein Umstand aber macht dem Autor in der Deutung „Gumma“ besondere Schwierigkeiten: Nach Neisser-Jadassohn ist er geneigt, Gummien (nach Analogie der verschiedenen Formen der Hauttuberkulose) als bakterienarme Syphilisprodukte anzusehen; nun finden sich in einzelnen der besprochenen Gummien noch Quecksilberreste. Wie könnte es nun bei Anwesenheit des Hg. — das doch auf diese Mikroorganismen verderblich einwirke — gerade dort zur Gummabildung kommen? Es ist das nur durch die Annahme zu erklären, daß das Hg. wie eine Art fremder Körper innerhalb bindegewebiger Induration ausnahmsweise einmal liegen bleibt und, da es von der Resorption infolge dieser Induration abgesperrt ist, auch nicht in Wirksamkeit treten kann, während sich die syphilitische Neubildung außerhalb und rings um die Schwiele bildet. Die unlöslichen Quecksilberverbindungen, nach denen allein diese Vorkommnisse beobachtet werden, verlieren deshalb ihren Wert natürlich nicht, da wir gerade zur Ausführung energischer Kuren ihrer nicht entraten können. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1903.) D.

Laryngologie und Rhinologie.

Ueber die Behandlung der Kehlkopfpapillome im Kindesalter. mit besonderer Berücksichtigung der Laryngotomie. Von Dr. L. Harmer.

Schon 1878 hat Brun s dargelegt, daß zur Entfernung gutartiger Neubildungen aus dem Larynxinneren das endolaryngeale Verfahren prinzipiell vorzuziehen und die Laryngotomie nur im

Notfälle vorzunehmen sei, da dieselbe zwar technisch leicht ausführbar und mit geringer Lebensgefahr verbunden sei, jedoch das Stimmorgan in hohem Grade gefährde und die Verhütung von Rezidiven nicht immer garantiere.

Seit der Einführung des Kokains ist natürlich die endolaryngeale Behandlung noch mehr in den Vordergrund getreten, zumal auch die roheren Methoden, wie die *Voltolini'sche* Schwamm-methode, und die Anwendung der scharfen Katheter von *Löri* dadurch weniger schmerzhaft geworden sind. Auch die Autoskopie nach *Kirstein* liefert manchmal ein gutes Resultat und so wird man selbst bei ganz kleinen Kindern die Laryngotomie meistens doch vermeiden können.

H. berichtet über einen Fall, wo ein 5jähriges Kind mit multiplen Larynxpapillomen behufs endolaryngealer Operation kokainisiert werden sollte. Zu diesem Belufe wurden die Haare eines gewöhnlichen Kehlkopfpinsels kurz abgeschnitten und mit diesem Pinsel dann das Kokain energisch eingerieben. Später zeigte sich dann, daß dabei das größte Papillom abgerissen worden war. Durch Wiederholung dieser Prozedur wurde in diesem und einem zweiten analogen Falle Heilung erzielt. Nebenverletzungen des Kehlkopfes wurden dabei nicht beobachtet. Bei einem neunjährigen, tracheotomierten Kinde wurde ein Seidenfaden durch den Larynx durchgeführt, mittels desselben mehrere Schwammstücke durch den Kehlkopf hin und her gezogen und dabei zahlreiche Papillome abgetrennt.

Nach der Laryngofissur ist eine genaue Adaptierung und feste Verwachsung beider Larynxhälften kaum mehr möglich, so daß man später eine abnorme Beweglichkeit beider Schildknorpelplatten gegeneinander, zuweilen auch zwischen die Stimmbänder eingeschobene Granulationen und Narbenstränge findet. Auch kann, namentlich bei kleinen Kindern, eines der Stimmbänder zum Teile von seinem Ansatz abgetrennt werden und dadurch noch mehr in seiner Funktion leiden. **H.** rät deshalb von der Laryngofissur ab. — (*Fränkel's Arch. f. Lar.*, Bd. 14, H. 1, 1903.) **Weil.**

Ueber einige weitere operative Nasenverkleinerungen. Von **Dr. J. Joseph.**

Vf. berichtet über zehn weitere Nasenverkleinerungen (er nennt die Operation *Rhinomiosis*), die er nach seiner Methode vorgenommen hat. Die Operation zerfällt in drei Teile: 1. Entfernung der für die zukünftige Nase überflüssigen Hautpartien und

Verkleinerung der Nasenlöcher; 2. Abtragung des knöchernen und knorpeligen Nasendaches in der entsprechenden Ausdehnung und 3. Verkürzung des Septums behufs Hebung der Nasenspitze. Manchesmal kann einer dieser Akte weggelassen werden. Zur vollkommenen Glättung der Knochenränder, die mit dem Meißel oder der Knochenzange nicht präzise genug ausgeführt werden kann, bedient sich J. eines von ihm konstruierten kleinen Knochenhobels. Die Heilung erfolgte in allen Fällen per primam und die Narben waren nach einer kurzen Uebergangszeit durchaus unauffällig. Einige Bilder (vor und nach der Operation aufgenommen) demonstrieren den vortrefflichen kosmetischen Erfolg. Das Motiv für die Operation war keineswegs, wie man leicht glauben könnte, Eitelkeit, sondern nur der Wunsch, unbelästigt seines Weges zu gehen und unbefangen mit den Menschen verkehren zu können. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 36, 1902.) Weil.

Alkohol zur Desinfektion und zur Verhütung des Anlaufens des laryngo-rhinoskopischen Spiegels. Von Dr. Heschelin.

In den letzten Jahren sind zur Verhütung des Anlaufens der Spiegel, an Stelle des üblichen Erwärmens, verschiedene Mittel, über welche auch in dieser Zeitschrift referiert wurde, empfohlen worden: Sodalösung, Lysollösung, Lysin, auch reines Wasser u. s. w. H. empfiehlt zu diesem Zwecke den 95grädigen Alkohol, den er seit langer Zeit zum Abspülen der Spiegel behufs Desinfektion derselben anwendet; man braucht sie nachher nur vorsichtig abzuschütteln, damit kein Tropfen hängen bleibt. Der benützte Spiritus geht nicht verloren, er kann nachher als Brennmaterial dienen. Die Methode ist, wie man sieht, einfach, bequem und reinlich. — (Monatsschr. f. Ohrenh., Nr. 2, 1902.) Weil.

Ueber einen Fall von doppelseitiger Tränenzyste, geheilt durch Resektion der unteren Muscheln. Von Dr. Eugen Fischer.

Ein Mann von 32 Jahren hatte zu beiden Seiten der Nasenwurzel eine hühnereigroße, fluktuierende Geschwulst, die seit 7—8 Jahren langsam gewachsen war. Die Sonde drang von den Tränenpunkten aus leicht ein, stieß aber gegen die Nase zu auf unüberwindlichen Widerstand. Die Nasenschleimhaut war derb hypertrophisch, besonders an den vorderen Enden beider unterer Muscheln, die Nasenatmung aber ganz frei. F. beschloß, die Muscheln zu resezierem, um dann den Ductus nasolacrimalis von unten her sondieren zu können; nach der rechtsseitigen Konchotomie wurde plötzlich bemerkt, daß die eine Geschwulst verschwun-

den und ihr Inhalt in die Nasenhöhle abgeflossen war. Zwei Wochen später links dieselbe Operation mit dem gleichen Resultate. Patient war ein sehr starker Raucher und hatte die Gewohnheit, den Rauch immer durch die Nase auszublasen. Die Folge davon war die exzessive Hypertrophie an den genannten Stellen mit Kompression der Mündungen beider Tränennasenkanäle. — (Fränkel's Arch. f. Lar., Bd. 13, H. 3, 1903.) Weil.

Die akuten Entzündungen der Rachenmandel. Von Dr. H. Beckmann.

Die Schädigung des Organismus durch die erkrankte Rachenmandel wird meistens der mechanischen Behinderung der Atmung, der Zirkulation und der Mittelohrventilation zugeschrieben; die akute Entzündung der Rachenmandel wird nur als Teilerscheinung des Katarrhs der Nachbarschleimhäute aufgefaßt, während B. dieselbe als die bei weitem wichtigste und häufigste Erkrankung der oberen Luftwege betrachtet, die ganz charakteristische Erscheinungen bietet. Er hat seine Erfahrungen an einem enormen Material gewonnen — bei 9000 Operationen in 12 Jahren! Die akut entzündete Rachenmandel erscheint geschwollen, mit schleimigem Eiter bedeckt, oft mit weißen Flecken, wie die Gaumenmandeln bei Angina lacunaris. Bei Kindern sieht man häufig schon beim Niederdrücken der Zunge einen gelben oder grauen Schleimpfropf hinter dem Gaumensegel herunterkommen; bei Erwachsenen bietet sich gegen das Ende der Krankheit das Bild der Pharyngitis sicca, oft auch das der T o r n w a l d 'sehen Krankheit.

Das Sekret sammelt sich meistens auf dem Nasenboden an, wo der untere Rand der unteren Muscheln in dasselbe eintaucht; dadurch entsteht nach B.'s Anschauung bei häufigen Rezidiven die Hypertrophie des unteren Muschelrandes. Viele eitrige Schnupfen haben daher ihren Sitz gar nicht in der Nase, sondern in der Rachenmandel. Auch die typische Angina lacunaris und der Peritonsillaraabszeß sind meistens sekundäre Erkrankungen nach akuter Tonsillitis pharyngealis, welche nach B.'s Meinung auch bei verschiedenen Infektionskrankheiten, in erster Linie dem akuten Gelenksrheumatismus, die primäre Rolle spielt, welche meistens den Entzündungen der Gaumenmandel zugeschrieben wird.

Auch die Schädigungen, denen mit hypertrophischen Rachenmandeln behaftete Kinder unterliegen, werden im wesentlichen durch die Infektionen bedingt, denn in den katarrhfreien Zeiten sind solche Kinder verhältnismäßig frisch und bei gutem Appetit.

Die Tuberkelbazillen, die ja in den Rachenmandeln oft gefunden werden, dringen von dort in die Halslymphdrüsen und weiter in die Lungenspitzen ein. Bei Kindern führen Lymphbahnen direkt von der Rachenmandel an die basale Hirnhaut und es ist wohl das Nächstliegende, bei der Meningitis basilaris eine direkte Infektion von hier aus anzunehmen; die typische Lokalisation dieser Krankheit ist wohl kaum anders zu erklären.

Die Therapie der einzelnen Anfälle beschränkt sich auf allgemeine Verhaltungsmaßregeln, lokal höchstens ein Schnupfpulver, Halsumschläge, Entfernung angetrockneten Sekrets. Gurgeln wirkt dadurch günstig, daß dabei das Sekret im Nasenrachenraum gelockert wird. Zur Verhütung von Rezidiven kommt neben Abhärtung und Seeluft vor allem die Abtragung der Rachenmandel in Betracht, doch muß dieselbe bis auf die Fibrocartilago basilaris erfolgen und daher nur mit schneidenden Instrumenten vorgenommen werden. Bei Kindern etwa bis zu 15 Jahren genügt diese allein; im späteren Alter muß oft auch der degenerierte Rand der unteren Muscheln abgetragen werden, zu welchem Zwecke B. eine eigens gekrümmte Scheere angegeben hat. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50, 1902.) Weil.

Augenheilkunde.

Ueber die Einwirkung der Kanthariden auf das Auge. Von Dr. Hilbert.

B o r d e t hat seinerzeit auf die Aehnlichkeit zwischen der Wirkung der Jequirity und des Kantharidins hingewiesen; L e b e r ist auf Grund seiner experimentellen Versuche zu dem Resultate gelangt, daß Kanthariden, respektive daß das Kantharidin auf der hinteren Hornhautfläche und in der Vorderkammer serös-fibrinöses Exudat und Eiteransammlung im Glaskörper verursache. B e r n a r d und J e a n S. F e r n a n d e z versuchten Kantharidin, respektive kantharidinsaures Natron bei Trachom, erzielten aber keine zu weiteren Versuchen aufmunternde Resultate. L i n d e hatte Gelegenheit, einen Fall von unbeabsichtigter Einwirkung von Kanthariden auf das Auge zu beobachten. Ein Apotheker kochte behufs Bereitung von Emplastum cantharidatum, Kanthariden in Alkohol, und erkrankte durch die während dieser Manipulation sich entwickelnden und sich verflüchtigenden Dämpfe unter blasenförmiger Abhebung des Epithels beider Hornhäute. Der Autor

hatte nun Gelegenheit, eine ähnliche unbeabsichtigte Einwirkung von Kantharidenstaub bei einem in einer Apotheke beschäftigten Mädchen zu beobachten. Das Mädchen verhüllte, trotz erhaltenen Auftrages, beim Stoßen von Kanthariden ihren Kopf nicht und erkrankte hierauf unter folgenden Erscheinungen:

„Lidrränder beiderseits gerötet, Cilien durch reichliche eitrige Sekretion mit einander verklebt, lebhaft Lichtscheu; die Lidbindehaut von blauroter Farbe sammetartig aufgelockert, die Augapfelbindehaut stark netzförmig injiziert. Beiderseits starke Ciliarinjektion, beide Hornhäute leicht rauchig getrübt, die Irides gräulich verfärbt, die Pupillen eng, Schmerzen.“ Auf warme Umschläge, Atropin und Verband trat vollständige Restitutio ad integrum ein. — (Wolffberg, Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, Nr. 25, ex 1903.)

Dr. J ä n n e r.

Ueber Verwendung 3%iger Skopolaminlösung zur Pupillenerweiterung und des Yohimbins als Augenanästhetikum. Von Dr. Salomonsohn.

Vf. beobachtete einen 27jährigen Patienten mit beiderseitiger chronisch rezidivierender Iritis und Cyklitis, der seit mehreren Jahren immer wieder erkrankte, zuletzt kaum noch entzündungsfrei war und seit 1901 auch eine Zunahme seiner Myopie aufwies. Im Juni 1902 erhielt er, wie auch sonst früher, eine Skopolaminlösung zur täglich mehrfachen Instillation, teilte aber diesmal nach drei Tagen mit, daß sich nach dem Eintropfen im steigenden Maße Schwindelgefühl, starkes Taumeln und Zittern in den Beinen einstellte. Es stellte sich nun heraus, daß Patient anstatt

0·03 (3 cg) : 10·0 eine Skopolaminlösung von

0·30 (3 dg) : 10·0 erhalten hat.

Von den erwähnten Intoxikationserscheinungen, die übrigens der Autor noch in einem zweiten Fall beobachtete — im letzteren traten noch Schwere der Zunge, Schwerbesinnlichkeit und Delirien hinzu — abgesehen, war die Wirkung auf das Auge eine recht günstige: „das Auge war reizlos, die Refraktion war sowohl an dem zur Zeit kranken Auge, als auch an dem anderen, dessen Pupillen (wegen der allgemeinen Intoxikation) ebenfalls weit war, um 2·0 Dioptrien vermindert. Trotzdem Patient diese starke, einer 15%igen Atropinlösung in der Wirkung gleichkommende Skopolaminlösung sechsmal innerhalb zwei bis drei Tagen eingeträufelt hat, waren die allgemeinen Intoxikationserscheinungen bei guter

Lokalwirkung nur gering und deshalb (!) empfiehlt der Autor die starken (3%) Skopolaminlösungen in den Fällen, wo es sich um ausgiebige rasche Mydriasis handelt, jedoch mit der Vorsicht, daß nur ein Tropfen dieser Lösung bei evertiertem Thränenpunkte und nach der Schulterseite gesenktem Kopfe eingeträufelt wird.

C a m i l l o M a g n a n i hat zuerst das salzsaure Yohimbin (Spiegel) in einer 1%igen Lösung als Anästhetikum verwendet.

H a i k e hat es mit Erfolg zur Anästhesierung der Nasenschleimhaut verwendet.

S a l o m o n s o h n hat seine Versuche mit einer 1%igen Lösung des Yohimbinum hydrochloricum-Spiegel gemacht und differiert sein Resultat nur im wenigen von dem Resultate, welches M a g n a n i beschreibt. Im folgenden möge in Kürze das von S a l o m o n s o h n erzielte Resultat mitgeteilt werden.

Ein Tropfen in den unteren Bindehautsack eingeträufelt, verursacht ein lebhaftes aber durchaus erträgliches Brennen, das etwa eine Minute anhält und dann einem leichten Spannungsgefühl Platz macht. Es entwickelt sich hierauf eine Hyperämie der Bindehautgefäße, die besonders auffallend perikorneal ist. Die Hyperämia wird nach M a g n a n i durch Nebennierenpräparate vollständig beseitigt, nach S a l o m o n s o h n dagegen kaum nennenswert beeinflusst. Gleichzeitig mit dem Eintritt der Hyperämie wird die Konjunktiva gegen Berührung unempfindlich, und zwar zunächst soweit, als der Yohimbintropfen mit derselben in Berührung gekommen ist; allmählich wird auch die Cornea zusehends und zunehmend anästhetisch, als wenn die Lösung allmählich diffundieren und die Nerven lähmen würde. Auf die Hornhaut direkt getropft, bewirkt der Tropfen schon nach höchstens einer Minute eine sehr intensive, mindestens $\frac{1}{2}$ Stunde lang anhaltende Anästhesie. Bei reizfreiem Auge tritt nach 1—2 Stunden Mydriasis ein, die nach etwa 12 Stunden wieder verschwunden ist. Die Lichtreaktion der Pupille ist auch während der Mydriasis erhalten. Bei gereiztem Auge tritt keine Mydriasis ein. Eine Akkomodationsbeschränkung scheint entweder gar nicht oder nur im kleinsten Masse aufzutreten. — (Wolffberg, Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, Nr. 28, ex 1903.)

Dr. J ä n n e r.

Kinderheilkunde.

Ueber die Beziehungen zwischen Mästung und skrofulösen Hautaffektionen. Von Ad. Czerny.

Die häufige Beobachtung skrofulöser Hautaffektionen in ihren schwersten Formen bei Kindern mit starkem Panniculus adiposus veranlaßte Czerny zur Annahme eines kausalen Zusammenhanges dieser Befunde und zu Versuchen, durch Verhinderung eines starken Fettansatzes das Zustandekommen und den Verlauf der skrofulösen Affektionen zu beeinflussen. Die in Rede stehenden Affektionen lassen sich in drei Typen gliedern, und zwar 1. der Milchschorf der Säuglinge, das bekannte Wangenekzem, das mitunter Neigung zum Weiterschreiten auf benachbarte Gesichtspartien zeigt. Dieses tritt hauptsächlich bei sehr fetten Kindern auf, es läßt sich durch sehr fettarme Milch nicht vermeiden, fettreiche Milch ist nicht die Ursache der Affektion, sondern diese wird nur durch eine Ernährung, die zu einem starken Fettansatze führt, sehr ungünstig beeinflusst.

Den zweiten Typus repräsentiert die Prurigo, gruppenweise auftretende, stark juckende Knötchen, die schwinden und rasch wieder auftreten. Bei fetten Kindern hat die Krankheit die Gestalt von Quaddeln, bei fettarmen von harten, kaum prominierenden Knötchen.

Der dritte Typus sind Ekzeme der Ellenbogenbeuge, der Kniekehlen und der Genito-Cruralfaltcn, die mit vorwiegender Wahl dieser Stellen bei Kindern nach dem zweiten Lebensjahre häufig rezidivieren.

Diese Typen finden sich bei fetten Kindern in besonderer Häufigkeit und größerer Intensität, und die beteiligten Kinder zeigen sich entweder in qualitativer, eventuell in quantitativer Weise überernährt, oder eine gewisse Disposition zum Fettansatz hat auch selbst bei Unterernährung zur Adiposität geführt. Den Zusammenhang dieser Befunde ergibt einerseits die Beobachtung, daß die Affektionen seltener und mit geringerer Intensität bei fettarmen Kindern auftritt, andererseits die Affektion bei raschem Längenwachstum, zunehmender Motilität und Uebergang zur gemischten Kost sich verliert, endlich, daß interkurrente, zur Abmagerung führende Krankheiten die Hautaffektionen in ähnlicher Weise beeinflussen.

Therapeutisch kann ein weiteren Fettansatz möglichst verhinderndes Ernährungsregime beim wachsenden Organismus eine langsame Abmagerung erzielen, bei welcher sich ein langsamer, doch nachhaltiger Einfluß auf die Disposition zu skrofulösen Hautaffektionen erreichen läßt. Am günstigsten ist der Erfolg, wenn mit der Ernährungstherapie begonnen wird, sobald sich die ersten Symptome einer skrofulösen Hautkrankheit zeigen. Die Therapie wird bei reichlich Fett ansetzenden Brustkindern in Einschränkung der Mahlzeiten, und wenn dies nicht ausreicht, in Uebergang zur gemischten oder gar künstlichen Ernährung schon im zweiten Lebensquartal zu bestehen haben. Denn so sehr die Mutter- oder Ammenmilch die Immunität gegenüber Infektionskrankheiten erhöht, so sehr ungünstig beeinflußt diese fettreichste Nahrung die Disposition zur Skrofulose. Sobald die ersten Zeichen des Milchschorfes oder der Prurigo auftreten, empfiehlt es sich, die Brustmahlzeiten auf fünf oder gar vier im Tage herabzusetzen, eventuell noch die Quantität der Einzelmahlzeit einzuschränken, wenn auch auf Kosten der Gewichtszunahme. Wenn nötig, wird man bald ein Allaitement mixte einführen. Bei künstlicher Ernährung wird man gut tun, so vorzugehen, daß man mit einem Minimum an Milch auskommt, nicht nur beim Säugling, sondern auch beim älteren Kinde. Den ungünstigsten Verlauf sah Autor bei Kindern, welche lange Zeit hindurch einseitig mit Milch, Kakao und Eiern ernährt oder gar gemästet wurden. Aber noch mehr die Erfahrung, daß man durch Weglassen der Eier und Verminderung der Milch die skrofulösen Hautaffektion mitunter zum vollständigen Verschwinden und in anderen Fällen bedeutend bessern konnte, spricht für die Richtigkeit der Anschauung.

Vom Nutzen innerer Mittel auf den Verlauf skrofulöser Hautaffektionen konnte sich Autor bisher nicht überzeugen. Im Gegensatz zur nachteiligen Wirkung des MilCHFettes hat Lebertran keine ungünstige, aber auch keine über jeden Zweifel erhabene, die Heilung unterstützende Wirkung. — (Monatsschr. f. Kinderheilk., Nr. 2, 1903.)

Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Anschluß an die Heilung eines Säuglingsekzems. Von Dr. Mich. Cohn.

Die im Volke noch blühende Ansicht, daß die Heilung eines Ekzems für die Kinder schädliche Folgen habe, daß die Krankheit „sich nach innen schlage“, hat in letzter Zeit auch wieder in

Arztekreisen wenn auch geringen Anklang gefunden. Man war geneigt, plötzliche unerklärliche Todesfälle einem kurz vorher zur Abheilung gelangten Ekzem zuzuschreiben. Autor ist ein Anhänger jenes modernen Standpunktes, der die der Humoralpathologie entstammenden Befürchtungen schädlicher Folgen der Ekzemheilung im Kindesalter ablehnt, bringt jedoch eine eigene Beobachtung, die die gestreifte Frage enge berührt. Ein 1 $\frac{1}{4}$ Jahre altes Kind litt seit dem fünften Monat an einem chronischen Kopfekzem mit starken, sekundären chronischen Lymphdrüsen-schwellungen am Halse. Während das Ekzem auf Anwendung von Zinköl (Ol. olivarium, Zinci oxyd āā) in Heilung überging, und die Drüsenschwellung zurückging, trat unter Schwellungen der Hände und Füße eine akute Nephritis (2 $\frac{0}{100}$ Albumen, hyaline, zum Teil auch körnige, mitunter mit Leukozyten und Epithelien bedeckte Zylinder) auf, die allerdings schon nach wenigen Tagen vergangen war. Das Ekzem war inzwischen abgeheilt.

Vf. hält den Zusammenhang zwischen Nephritis und Ekzemheilung für zwar nicht erwiesen, jedoch wahrscheinlich, da sich jede andere Aetiologie ausschließen ließ. Zur Erklärung dieser Kausalität stellt er das Ekzem in Analogie mit den akuten fieberhaften Exanthenen, nach deren Abklingen es doch öfters zur akuten Nephritis kommt; er nimmt an, daß Staphylokokken, wenn auch nur als Nosoparasiten, beim Ekzem mittätig sind, und daß die Lymphdrüsen als Filter den Gesamtorganismus vor Infektion schützen. Mit Abheilung der Dermatitis und besonders mit dem Rückgang der Drüsenschwellungen könnte es doch zuweilen zur Ausscheidung von Toxinen kommen, die den sekretorischen Mechanismus der Nieren schädigen. Autor regt häufige Harnuntersuchungen bei chronischem Ekzem an, und weist darauf hin, daß die öfters bei diesen Gelegenheiten beobachteten Konvulsionen ja auch urämischer Natur sein könnten.

Sollten aber auch Beobachtungen von der Art der mitgeteilten sich mehren, so würde dadurch der praktische Standpunkt, daß jedes Kinderekzem behandelt werden soll, in keiner Weise verrückt werden. Denn das Ekzem hat sicher häufigere und bedeutendere Nachteile für das Kind, als die überaus seltenen Nierenreizungen. — (Ther. d. Gegenw., Juni 1903.)

Zahnheilkunde.

Zahnextraktion bei akuter eitriger Periodontitis. Von R. Heidé.

Obgleich in den meisten Fällen von eitriger Beinhautentzündung die sofortige Extraktion des Zahnes vorgenommen wird, kann man sich doch nicht verhehlen, daß dieser Eingriff in dem infizierten Gewebe manche Gefahren mit sich bringt. Es sind Fälle von schweren septischen, selbst letal endigenden Prozessen bekannt, welche durch die zu frühe Extraktion verursacht wurden. Vf. empfiehlt als Resultat seiner eigenen Versuche sowie einer bei den hervorragendsten Vertretern des Faches veranstalteten Rundfrage, sich nicht an allgemeine Regeln zu halten, sondern die Frage „*avulsion hative ou tardive*“ in jedem Falle nach den vorhandenen Symptomen der Erkrankung zu beantworten. Man wird sofort extrahieren, wenn man hoffen kann, dadurch eine Verschlimmerung des Zustandes zu verhüten, also im Beginne der Erkrankung. Ist es bereits zu Abszeßbildung gekommen, so wird man zu erwägen haben, ob durch die Extraktion gleichzeitig eine genügende Eröffnung der Eiterhöhle stattfindet. Auch wenn es zu Schwellung der Weichteile und Kiefersperre gekommen ist, ohne daß jedoch Fieber, Kopfschmerzen oder andere Allgemeinsymptome auf eine septische Infektion des Organismus hindeuten, wird zumeist die sofortige Extraktion am Platze sein. Bietet aber der Kranke das Bild einer allgemeinen Infektion, eventuell mit hochgradigen lokalen Begleiterscheinungen (Drüsenschwellung, Abszedierung der Umgebung, Phlegmonen), so verfare man nach allgemeinen chirurgischen Maßregeln, behandle die eitrige Entzündung als solche durch breite Freilegung und energische antiseptische Auswaschung des Krankheitsherdes und verschiebe die Extraktion auf das postinflammatorische Stadium, wenn man es dann nicht eher versuchen will, den Zahn nach Abklingen der fulminanten Erscheinungen konservativ zu behandeln. — (*L'Odontologie* Nr. 23, 1902.)

R. Kronfeld.

Kleine Mitteilungen.

Zur Kenntnis der anästhesierenden Wirkung des Yohimbins (Spiegel). Von Prof. A. Loewy und Dr. F. Müller. Das Yohimbins verhält sich dem Kokain quantitativ vielleicht verschieden, qualitativ dagegen vollkommen gleich. Das Yohimbins vermag sowohl die Erregbarkeit, wie das Leitungsvermögen moto-

rischer und sensibler Nerven bei direkter Applikation auf diese herabzusetzen, beziehungsweise ganz aufzuheben, ferner bei Auftragung auf die sensiblen Nervenendigungen der Schleimhäute Anästhesie zu erzeugen. Wie beim Kokain, ist auch beim Yohimbin diese Wirkung eine vorübergehende und macht wieder normalen Verhalten Platz. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1903.)

Ueber den therapeutischen Wert der Borsäure bei Skorbut.

Von Dr. V. V o h r i z e k. Zwar handelt es sich zumeist um leichtere Fälle, dennoch konnte sich Vf. von der spezifischen Wirkung der Borsäure überzeugen, alle Symptome wurden in kurzer Zeit zum Schwinden gebracht, kein einziger Fall verlief letal, obzwar die schweren Blutungen bei einer anderen Behandlung sicher verhängnisvoll gewesen wären. Bei keinem einzigen Falle hat Vf., trotzdem die Mengen der verabreichten Borsäure recht bedeutend waren, bis zu 100 g in zehn Tagen, toxische Erscheinungen bemerkt, wobei aber allerdings Intoxikationsercheinungen mit den Symptomen des Leidens, zum Beispiel Ueblichkeit, Erbrechen, sich wohl decken könnten. Von schweren Intoxikationen, die mit gastrointestinalen Erscheinungen, Prostration und Kollaps, sowie mit erythematösen und purpuraartigen Exanthenen einhergehen und oft den Tod herbeiführen, gilt dasselbe; in den behandelten Fällen kam aber das Gegenteil, die gastrointestinalen Erscheinungen, sowie Blutergüsse schwanden eben trotz Darreichung von Borsäure. Da das Mittel bereits schon zehn Minuten nach der Darreichung in Harn und Speichel nachgewiesen werden kann, also sehr rasch resorbiert und ausgeschieden wird, kann man annehmen, daß man auch auf diese Art die toxische Wirkung verhüten könnte. Vf. hat aus diesen Gründen das Mittel nur in halbstündigen Intervallen in einer Lösung von 5 : 200 ordiniert. (Klin. therap. Wochenschr. Nr. 11, 1903.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Subcutin (Dr. R i t s e r t). Paraphenolsaures Anästhesin oder Paraphenolsulfosäure - Paraamidobenzoësäureäthylester. Weißes, kristallinisches, nadelförmiges, in kaltem Wasser zu 1%, bei Körpertemperatur zu 2·5% lösliches Pulver. In Lösung ist es haltbar und beim Kochen beständig. Anwendung findet es als Anästhetikum in Form subkutaner Injektionen oder als Schleich'sche Infiltration. Für letzteren Zweck in folgender Form: Subcutin. 1·0, Natr. chlorat. 0·7, Aq. destil. 100. — Das Präparat soll entgegen

dem „Anästhesin solubile“ keine unangenehmen Reizerscheinungen hervorrufen. — (Pharm. Post Nr. 23, 1903.)

Protylin ist eine in die Klasse der Parannukleine gehörige Phosphoreiweißverbindung; es enthält bis zu 6% Phosphorsäureanhydrid, wird vom Magensaft nicht angegriffen, vom Pankreassekret jedoch tryptisch verdaut. Es verbindet sich mit Halogenen und Metallen (Brom, Eisen etc.). Das Protylin bewirkt ausnahmslos Anregung des Appetits und führt zu Gewichtszunahme auch bei herabgekommenen Personen. Bei hysterischen Patienten bessert sich dadurch auch die psychische Disposition, bei anämischen sowohl nach reinem, wie nach Eisen-Protylin der Hämoglobingehalt. Es wird mehrmals täglich kinderlöffelweise verabfolgt. — (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 9, 1903.)

Narkotil (Methylenbichlorid) ist ein neues Narkosemittel, das durch direkte Einwirkung von Salzsäure auf eine Mischung von gemeinsam destilliertem Aethyl- und Methylalkohol gewonnen wird. Es stellt eine farblose, äußerst flüchtige Flüssigkeit von angenehmem Geruch dar und ist leicht entzündlich. Der Apparat zur Anwendung besteht aus einem mit Aufsatz und Ventilen versehenem Zylinder, der mit einem Gebläse und einer (mit Ventilen versehenen) Maske in Verbindung steht. Mittels dieses Apparats kann man die Luftzufuhr entsprechend regulieren, so daß die Gefahr der Asphyxie gering ist. In einer Allgemeinwirkung ähnelt das Narkotil wesentlich dem Aether, die Herzaktion ist zunächst gesteigert, im weiteren Verlaufe der Narkose schwindet die Exzitation. Die anfangs starren Muskeln werden schlaff. Die Narkose tritt rasch ein und ebenso rasch vollzieht sich das Erwachen nach derselben. Bei Anwendung zu großer Dosen von Narkotil wurden unangenehme Erscheinungen beobachtet; dieselben sind nach Einleitung der künstlichen Respiration bald geschwunden. — (Pharm. Post, Nr. 24, 1903.)

Bei hysterischen Kopfschmerzen:

Rp. Coffein. citric.	1·50
Chinin. valerian.	3·0
Extr. cannab. indic.	0·3
Extr. et. pulv. liquirit.	q. sat.
nt f. pilul. Nr. XXX.	

D. S. Dreimal täglich eine Pille zu nehmen.

Bei Pruritus vulvae:

1. Rp. Ammon. chlorat.	} $\bar{a}\bar{a}$ 0·20
Mercur. bichlor.	
Aq. amygdal.	ad 500·0
D. S. Zweistündlich zum Waschen.	
2. Rp. Chloral. hydrat.	10·0
Aq. font.	ad 500·0

D. S. Eine Kompresse zu tränken und über die Nacht aufzulegen.

Bei Rhagaden an der Lippe:		5. Rp. Glycerini	10·0
1. Rp. Ol. rusci	} āā gtts. XV	Vitelli ovi	8·0
Ol. santali		D. S. Zum Bepinseln.	
Catechu		1·0	Bei Acne rosacea:
Ol. ricini		3·0	1. Rp. Acid. tannic.
Ol. cacao	ad 20·0	Spirit. camphor.	60·0
D. S. Aeußerlich.		D. S. Zum Einpinseln	
2. Rp. Zinc. oxyd.	1·0	2. Rp. Epicarini	3·0
Resina benzoës	0·1	Aeth. sulfur.	5·0
Ungt. boric.	10·0	Collod. ricin.	30·0
M. f. ungt. Tinge colore roseo.		D. S. Zum Bestreichen.	
D. S. Lippensalbe.		3. Rp. Balsam. peruvian.	} āā 3·0
3. Rp. Chrysarobini	1·0	Camphor. trit.	
Zinc. oxyd.	} āā 12·5	Ungt. emollient.	
Talc. venet.		D. S. Nasensalbe.	
Axungiae	24·0	4. Rp. Alum. crud.	0·2
M. f. ungt. D. S. Lippensalbe.		Plumb. acet. bas. sol.	1·0
4. Rp. Calomelanos	} āā 1·0	Aq. destillat.	20·0
Zinc. oxyd.		Vaselini	10·0
Bismuth. subnit.		Lanolini	5·0
M. f. p. D. S. Zum Einpudern.		M. f. ungt. D. S. Salbe.	

Bücher-Anzeigen.

Handbuch der Hautkrankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. Franz **Mraček.** Alfred Hölder. Wien 1903.

Von den Autoren, unter deren Mitwirkung nunmehr der zweite stattliche Band des prächtigen Werkes beinahe zum Abschlusse gediehen erscheint, ist Unna seiner Aufgabe im weitesten Umfange und in monographischer Vollständigkeit gerecht geworden. Die seiner routinierten Feder entstammende Darstellung der Pathologie und Therapie des Ekzemes ist wohl den glanzvollsten Leistungen auf dem Gebiete der dermatologischen Literatur beizugesellen, die gleich den anderen Ergebnissen dieses produktiven Geistes eine unschätzbare Fülle selbständiger Anschauungen und die einschlägige Forschung anregender und befruchtender Gesichtspunkte aufzuweisen hat. In dankenswerter Würdigung der überragenden Bedeutung dieses Abschnittes, hat denn auch das Verlagshaus für die allgemeine Zugänglichkeit desselben Sorge getragen, indem es die Ekzemabhandlung Unnas gleichzeitig auch selbständig erscheinen läßt. Möge man sich als Anhänger der Ekzemdefinition des Hamburger Forschers — der gemäß das Uebel als chronische, schuppemde, parasitäre Oberhauterkrankung zu betrachten ist — bekennen oder nicht, so muß der rationell entwickelte und begründete Heilplan Unnas ausnahmslos jedem einleuchten, der dem Wesen des Ekzemes

halbwegs näher gerückt ist. So wird denn auch die Verantheit mit der hier analysierten, allgemeinen Therapie der nässenden Flechte, sowohl dem Fachmanne als auch dem Praktiker über alle Schwierigkeiten der individualisierenden Behandlung mit Leichtigkeit hinweghelfen und ihm den verlässlichen Kurs zu gründlichen Heilerfolgen weisen.

Stets auf Sonderpfaden wandelnd, vermeidet es Unna auch diesmal sorgsam, mit den hergebrachten Forschungsrichtungen zu sehr in Kontakt zu geraten. Hiefür werden sich aus der Betrachtung der allgemeinen Aetiologie, gleichwie aus der Gliederung der speziellen Klinik des Ekzems hinreichende Anhaltspunkte gewinnen lassen. So ist beispielsweise die Aufstellung von präekzematösen Dermatosen, Invasions-, Prorruptionstypen, Höhetypen, von herpetoiden, verrukösen, kallösen Formen u. a. ein Novum in der dermatologischen Systematik. Daneben herrscht das Bestreben, das Ekzema seborrhoicum in allen Varianten und Uebergangsformen durch erschöpfende Detailschilderung dem Verständnisse näher zu führen. Dieses Kapitel wird bei den Anhängern der Wiener Schule wohl nie ein Bekehrungswerk zuwege bringen, zumal die hier platzgegriffene Aufstellung von Sonderformen wie: *E. s. papulovesiculosum multicolor, guttatum et confluens, petaloides et circumcissum, magnareatum flavum et fulvum* etc. eher noch das diesem Zweige der Unna'schen Forschung bisher gesicherte Terrain zu entwerten droht.

Was sonst noch aus dem reichen Inhalte des Bandes hervorhebenswert, wird seitens dreier Wiener Dermatologen bestritten, denen sich ein Chirurg: R. Frank mit einer sehr sorgfältig ausgefeilten Besprechung der Zellgewebephlegmone und des Milzbrandes, sowie ein Internist: F. Chvostek mit der Erörterung der Hautangrän und der Raynaud'schen Krankheit hinzugesellen. Ehrmann behandelt das ihm sehr geläufige Gebiet der follicularen und peri follicularen Haarbälgeiterungen, deren Kenntnis seinen Untersuchungen wesentliche Förderung verdankt. Subsumiert erscheinen dieser Gruppe die vulgäre und parasitäre Sykosis, sowie das Nackenkeloid. Grosz entwirft in übersichtlicher Darstellung das Bild der Psoriasis vulgaris, mit ökonomischer Ausnützung des zugrunde gelegten imposanten literarischen Materials. Das lückenlos fortgeführte Arbeitsverzeichnis wird jedem einschlägig Forschenden Dankesworte auf die Lippen zwingen. Der Pemphigus findet in Spiegler einen der Schule, aus welcher er hervorgegangen, treuen Interpreten, der sich auf die Reproduktion der Lehren Kaposi beschränkt. Daß hiebei die strenge Zusammengehörigkeit der, in ihrer Erscheinungsweise wechselvollen Einzeltypen, die unberechtigte Aufstellung der Dermatitis herpetiformis Duhring, der „Pyodermite vegetante“ Hallopeau etc. als Affektionen sui generis, eine besondere Betonung erfahren, bedarf bei der allgemeinen Kenntnis der Lehrmeinung Kaposi keiner besonderen Hervorhebung. Mit dem schließlichen Hinweise, daß Spiegler auch die von ihm gründlich durchforschte Verbrennung behandelt, hätten wir alles berührt, was dem Leser in diesem Bande an theoretischen und praktischen Kenntnissen zur Verfügung gestellt wird. N.

Erfahrungen über die dermatologische Verwertung der Elektrolyse.

Von **Dr. G. Nobl**, Dozent für Dermatologie und Syphilis an der Wiener Universität.

Als B. C. Röntgens epochale Entdeckung der abgelenkten Kathodenstrahlen (1895) in der praktischen Medizin Verwertung zu finden begann und das gehäufte Haantieren mit dem kaum erforschten Agens, bei den Experimentatoren als unerwartete Nebenwirkung Haarausfall im Gefolge hatte, schien mit einem Schläge gegen das vielbeklagte Uebel der Hypertrichosis der Weg zur idealen Heilung gefunden zu sein. In der Tat begann man auch in der Folge die dekalzierende Eigenschaft der Röntgenstrahlen zu Heilzwecken auszunützen und durch methodische Auswertung der Vakuumröhren, genauere Aufhellung der pathologischen Veränderungen, welche unter der Einwirkung der X-Strahlen zustande kommen, sowie durch Abschätzung der ausreichenden Expositionszeit, eine rationelle Radiotherapie zu inauguriere n. Immer spärlicher wurden die Nachrichten über den verheerenden Einfluß der Bestrahlung, deren Erprobung und Auswertung so manches beklagenswerte Opfer gekostet hatte, und immer dichter häuften sich die Mitteilungen, die für die Gefahrlösigkeit der Methode in geschulten Händen, sowie den prompten epilatorischen Wert der Bestrahlung eintraten.

Auf diese Art schien die alther eingebürgerte Galvano-lyse um ihr wichtigstes und gleichzeitig weitläufigstes Indikationsgebiet in der Dermatologie gekommen zu sein und all-orts begann man ihr bescheidenes Rüstzeug gegen das komplizierte und kostspielige Instrumentarium der Röntgenapparate einzutauschen. Als jedoch bei der Massenausnützung der Epilierwirkung der X-Strahlen die Erfahrungen zu reifen begannen und auch das Urteil nüchterner und sachlicher wurde, kamen so manche Uebelstände zum Vorschein, deren man von vorneherein kaum gewärtig sein konnte und die die Bezeichnung des Heilbehelfes als eines „idealen“ als voreilig und ungerechtfertigt gewählt erscheinen ließen.

So drang allmählich die Erkenntnis durch — und selbst die eifrigsten Anhänger der Radiotherapie müssen derselben einmütig beipflichten — daß es mit der Dosierbarkeit der Strahlen immerhin sein Bewandnis habe, indem die persönliche Empfänglichkeit selbst, sowohl temporär als auch dauernd, den größten Schwankungen unterworfen ist und dadurch oft genug ohne irgendwelche warnende Vorzeichen in dem Bestrahlungsgebiete schwere Entzündungsprozesse zustande kommen. Die außerordentlich lange Latenzzeit gehört mit zu den berüchtigtsten Eigenschaften dieser Dermatitis, die von dem reaktiven Erythem, der einfachen Exkoration, bis zur ausgebreitetsten Mortifikation und Ulzeration, die mannigfachsten Abstufungen aufweisen und überdies noch zum Ausgangspunkte von schweren, mit Fieber und Exanthenen einhergehenden toxämischen Allgemeinerscheinungen werden können, wofür neuerdings die Beobachtungen von Kienböck und Holzknecht (Archiv f. Dermatol. u. Syph., Bd. LXVI, H. 1 und 2, pag. 74) Zeugenschaft legen. Ähnliche örtliche Reaktionserscheinungen in Form von mächtiger Schwellung, Rötung, ödematöser Wulstung und Schuppung der Haut im Bereiche der Lippen und Wangen haben wir oft noch zu sehen bekommen bei Leuten, die viele Wochen vorher der Bestrahlung unterzogen wurden. Dabei sind Entzündungen dieser Art nebst ihrer Intensität bekanntlich durch eine besondere Hartnäckigkeit und Dauer, sowie durch einen ungleichmäßigen Verlaufstypus ausgezeichnet. Ohne in die Pathologie der durch die Strahlen gesetzten Hautveränderungen eingehen zu wollen, sei nur so viel angedeutet, daß sie insgesamt auf schwere Schädigungen entzündlicher und degenerativer Natur im Bereich der vaskulären und kollagenen Kutiselemente (Vakuolisierende Gefäßentartung, Gaßmann, Lion), zu beziehen sind und in der Alteration dieser Hauptbestandteile des Integuments auch den Schlüssel zu ihrer variablen klinischen Erscheinungsweise bieten.

Zwei weitere Folgeübel von einschneidender Bedeutung, welche der Röntgenepilation zum Vorwurfe gemacht werden müssen und die denn auch wesentlich dazu beigesteuert haben, das Verfahren für kosmetische Zwecke wieder fallen zu lassen, sind: die oft beträchtliche Pigmentalteration im Bestrah-

lungsgebiete, sowie die nicht minder entstellenden Anzeichen degenerativer und atrophischer Vorgänge in den exponierten Regionen.

Abgesehen von jenen Fällen, in welchen die begleitende Dermatitis eine bleibende Farbstoffansammlung in den ergriffenen Bezirken nach sich zieht, ist es eine fast unvermeidliche Begleiterscheinung auch glatt verlaufender Epilationskuren, daß in den enthaarten Regionen das Pigment erbleicht, abbläst und auch gänzlich zum Schwinden kommt, ohne späterhin an den vitiliginösen Stellen jemehr einen Ersatz zu erfahren. Die hierdurch bedingte Entstellung erfährt eine weitere Steigerung noch dadurch, daß das Pigment gleichzeitig auch eine Verschiebung nach der gesunden Umgebung hin erfährt und derart die abgebleichten Stellen, von dunkel gebräunten, weithin reichenden, den Kontrast noch erhöhenden Säumen umschlossen werden. Eine Erscheinung, die, gleichwie der Haarausfall selbst, in einer schweren Vitalitätsbeeinträchtigung der zelligen Elemente der Stachelzellenschicht ihre natürliche Ursache hat.

Mehr noch als der Pigmentschwund, respektive die Farbstoffüberproduktion, ist eine eigentümliche, nur als Atrophie zu deutende Veränderung der Gesichtshaut geeignet, den kosmetischen Effekt der Strahlenepilation zunichte zu machen. Nachdem die Haare regelrecht ausgefallen sind und etwa vorhandene entzündliche Begleiterscheinungen zur Ruhe gelangen, also viele Wochen nach beendeter Exposition, bietet die enthaarte Haut, zu meist an den Lippenwinkeln, sowie an den angrenzenden Kinn- und Wangenpartien, ein nicht genauer beschreibbares, mattes, geglättetes, wie mit einem Plätteisen ausgeglichenes und gleichzeitig auch starres Aussehen, das am ehesten noch mit dem Charakter atrophischer Sklerodermieplaques verglichen werden könnte. Tritt nun die Mimik in Aktion oder werden Hautfalten abgehoben, so macht sich eine äußerst feine Fältelung des verdünnten, bleichen Integuments bemerkbar, die dem Gesichte ein den Jahren meist weit vorancilendes gealtertes Gepräge verleiht, ohne daß jedoch diese Alteration des Ausdrucks auf eine gröbere Runzelbildung oder Faltenstellung zu beziehen wäre.

Das anatomische Substrat dieser entstellenden Komplikation, ist bis heute nicht einwandfrei festgestellt, doch sicherlich

partizipieren an dem Zustandekommen derselben in erster Linie die elastischen Fasernetze der Kutispapillen, die in mehr oder minder großem Umfange der Degeneration anheimfallen.

Neben den angeführten Kardinalnachteilen, welche der Methode als solcher anhaften, bekommt man außerdem noch täglich die buntesten Musterkarten pathologischer Schädigungen zu sehen, um deren Zusammenstellung, die in der neuen Kunst noch ungeschulten Novizen der Radiotherapie bestens bemüht sind. In lückenfreier Vollständigkeit findet sich hierbei die ganze Stufenleiter entzündlicher Reizwirkungen: von der einfachen Hyperämie, Exkoration oder Teleangiektasie angefangen, bis zur tiefgreifenden Geschwürsbildung und konstringierender Narbenformation, vertreten.

Waren schon die aufgezählten Uebelstände geeignet, das Röntgenverfahren in seiner Anwendbarkeit wesentlich einzuschränken, so hat dasselbe völlig die kosmetische Anzeige eingebüßt, seitdem es sich herausstellte, daß der epilatorische Effekt keineswegs ein radikaler sei und ein einigermaßen längerwährendes Ausbleiben des Haarnachwuchses nur von stets erneuerten Kuren zu gewärtigen ist. Die in ihrer Produktionsfähigkeit alterierten Haarpapillen müssen gleichsam fortwährend in Schach gehalten werden, um nicht bei neuerlicher Herstellung geeigneter Zirkulationsverhältnisse, zum Ausgangspunkte frischer Haarkeime zu werden.

Geschieht dies nicht, wird die Bestrahlung nach erfolgtem Haarausfall nicht in gewissen Intervallen fortgesetzt, so verunstaltet bereits nach drei bis vier Monaten eine neue Aussaat nachschießender Haare die belichteten Hautpartien, die dann aber umso häßlicher wirkt, als infolge der Dystrophie in den Haaranlagen eine unregelmäßige Stellung, verschiedene Dicke und wechselnde Form der nachwachsenden Haarschäfte zustande kommt und außerdem noch der Pigmentgehalt des Markes in den weitesten Grenzen schwankt.

Hat man nun die Klippen einer destruirenden Dermatitis glücklich umgangen und war der gewiß nicht zur Zierde jugendfrischer Mädchengesichter gereichende abnorme Haarflor beseitigt,

so bleibt den genügsamen Patienten, die hiefür die entstellenden Pigmentflecke und häßlichen Hautfalten resigniert in den Kauf nehmen mußten, nicht einmal die Gewähr, dauernd von ihrem Uebel befreit zu bleiben — es wäre denn, daß sie sich immer wieder den Gefahren und üblen Folgen der Bestrahlung aussetzten.

In objektiver Würdigung all dieser Umstände sieht man denn auch alle Radiologen von Bedeutung von der kosmetischen Verwertung der X-Strahlen zurücktreten und die Bekämpfung der Hypertrichosis wieder den dermatologischen Behelfen überantworten.

Hiemit tritt die elektrolytische Epilation als das einzige radikale Heilverfahren, das Dauerheilungen zu sichern vermag, wieder in seine Rechte und ich glaube einem aktuellen Bedürfnis zu genügen, wenn ich die Erfahrungen verwerte, die ich in mehr als 12jähriger ununterbrochener Uebung des Verfahrens bezüglich der Technik, der Anzeigen, der Leistungsfähigkeit und der Erfolge gesammelt habe.

Wenn ich mich hiebei einer gewissen Ausführlichkeit beflöße, so geschieht dies in der aufrichtigen Absicht, der Methode zu einer allgemeineren Verbreitung zu verhelfen, als sie bisher bei uns erfahren hat.

In den Vorlesungen über Dermatologie nicht mehr als angedeutet, in Sondervorträgen und allgemein medizinischen Publikationen fast niemals berührt, ist die Galvanolyse bei uns bisher der Besitz Einzelner geblieben, die sich an der Hand älterer Mitteilungen und eigener mühevoller Uebungen in derselben vervollkommen haben, während dem Gros der Aerzte kaum mehr als der Name des Verfahrens geläufig ist.

Ich glaube daher, nur im Interesse der allgemeinen ärztlichen Betätigung zu handeln und die fachliche Domäne nicht einzuschränken, wenn ich all jene Momente besonders hervorhebe, auf welche es ankommt, um eine rasche Vertrautheit mit der Technik und genügende Sicherheit für die selbständige Verwertung der Galvanolyse zu erlangen.

In dieser Hinsicht erheischt nur die Epilation einigermaßen eine genauere Unterweisung, während alle sonstigen Anwendungsarten der Elektrokolyse, deren es, wie wir noch auszuführen haben werden, in der Dermatologie so manche gibt, keinerlei Uebung erfordern.

Die von C i n i s e l l i und T r i p i e r 1860 in die Praxis eingeführte Elektrolyse beruht bekanntlich auf der Fähigkeit des galvanischen Stromes, flüssige Leiter und feuchte Körper zu zersetzen, wobei an der Stromeintrittsstelle — der Anode, der Sauerstoff und die Säuren, an der Stromaustrittsstelle — der Kathode, der Wasserstoff und die Alkalien zur Abscheidung gelangen. Die Wirkung ist die einer chemischen Galvanokaustik, indem es an den Applikationsstellen der Elektroden stets zu einer Gewebszerstörung kommt. Ursprünglich nur gegen Aneurismen und Angiomen angewandt, hat die Elektropunktur bei der genauen Dosierbarkeit ihres Effekts und der haarscharfen Begrenzbarkeit der Einwirkung, rasch an therapeutischem Terrain gewonnen und bildet heute einen in den verschiedensten Disziplinen anerkannten und viel verwendeten, wertvollen Heilbehelf.

Gegen Gefäßgeschwülste ist sie schon 1840 von P r a w a z und G u é r a r d, späterhin von Crusell, Simonin, Ciniselli, Tripier, Cooper u. a. verwendet worden. Durch A p o s t o l i s Bemühungen hat sie sich in der Gynäkologie (Myombehandlung) eingebürgert, C i n i s e l l i, N e w m a n n und F o r t haben sie der Urologie nutzbar gemacht (Dilatation von Strikturen), während B e r g i o n e und G u i l l o z ihre vorzügliche Verwendbarkeit bei Lymphangiomen ermittelten.

Im Dienste der Dermatologie bewährt sich die Elektrolyse seit mehr als einem Vierteljahrhundert und war Charl. E. M i c h e l in St. Louis (1875) der erste, der ihr auf diesem Gebiete in der H y p e r t r i c h o s i s die wichtigste Indikation erschloß. Nicht minder hat sich H a r d a w a y um den Ausbau der galvanischen Epilation verdient gemacht, der jüngst noch in einem Rückblick den in 25 Jahren erfolgreich zurückgelegten Weg beleuchtet. Die Lockerung und der Ausfall der Haare mittels Elektrolyse wird dadurch bewerkstelligt, daß mit der Kathode armierte feinste Nadeln in die Haartascheneingeführt und nach erfolgtem Stromschluß die Haarpapillen zerstört werden.

Das Instrumentarium, dessen man bedarf, um in exakter Weise die Behandlung durchführen zu können, rekrutiert sich aus einer Batterie, ein Paar Leitungsschnüren, sowie einer Elektrode. Eine der Leitungsschnüren wird mit der Nadel, resp. dem Nadelhalter armiert.

Ich arbeite seit mehr als 12 Jahren mit der von L. Schul-

meister¹⁾ in Wien hergestellten transportablen Batterie für konstanten Strom und Elektrolyse, welche sich in seinem Kataloge als Fig. 5 abgebildet findet. Es ist das eine mit Kaolin-Rheostaten, Stromwender und Galvanometer mit schwimmendem Magnet ausgestattete Batterie, welche eine Stromintensität von 50 Mill. Amp. zu entwickeln gestattet. Das Brett, auf welchem die Widerstands- und Messinginstrumente befestigt sind, ist abzunehmen und befinden sich unterhalb desselben die Elemente (modifizierte Leclanché-E., 40 an der Zahl), welche gefüllt stehen bleiben, wodurch das Eintauchen und Ausheben erspart ist. Diese Stromquelle ist durch besondere Beständigkeit ausgezeichnet, liefert einen konstanten, von Schwankungen völlig verschonten Strom und erschöpft sich selbst bei ununterbrochener Inanspruchnahme nur sehr langsam, so daß man bis zu zwei Jahren mit derselben arbeiten kann, ohne daß eine Nachfüllung resp. Reinigung notwendig wird. Der Preis eines ähnlichen transportablen Apparates mit 40 Elementen stellt sich auf 200 Kronen und bietet in dieser Größe und Ausführung außerdem noch den Vorteil, für Zwecke der Galvanisation gleichfalls verwendet werden zu können. Selbstverständlich findet man auch mit kleineren, resp. einfacher ausgestatteten Batterien sein Auskommen. So reichen auch die gewöhnlichen Tauchbatterien hin, die mit Rheostaten oder Stromwähler und Stromwender ausgerüstet sind und selbst solche, die nur Steckklemmen zur Wahl der Elemente besitzen.

Einen Behelf, dessen man niemals entraten kann, stellt das **Galvanometer** dar; das Arbeiten ohne ein solches ist der Verabreichung drastisch wirkender Medikamente von unbekannter Konzentration zu vergleichen. Soll die Epilation in kosmetischer Hinsicht auch eine befriedigende sein, so sind für die verschiedenen Hautregionen wechselnde Stromintensitäten erforderlich, die man durch Auswertung der verwendeten Zahl der Elemente allein niemals feststellen kann. Schon aus dem Grunde nicht, weil der Hautwiderstand nicht nur regionär und von Fall zu Fall ein wechselnder ist, sondern auch bei ein und demselben Individuum in einem bestimmten Bezirke vielfach schwanken kann und selbst von der Applikationsstelle der indifferenten Elektrode abhängig ist. Entweder wird also bei der Unmöglichkeit, die Intensität des Stromes zu kontrollieren, die angewandte Stromstärke eine zu geringe sein, um destruirend auf den Haarfollikel einzuwirken, oder aber

¹⁾ Wien, IX. Spitalgasse 5.

wird die Elektrolyse derart vehement vor sich gehen, daß nicht nur die Haartaschen und die Papille, sondern auch die Umgebung der Zerstörung anheimfallen und entstellende Narben resultieren.

Gänzlich ausgeschlossen sind aber jene Eventualitäten, wenn man in jedem Moment die Stromintensität am eingeschalteten Galvanometer ablesen und dieselbe durch Verschiebung des Rheostaten steigern oder abschwächen kann.

Allen Anforderungen entspricht in dieser Hinsicht *Schulmeister's* Taschengalvanometer mit schwimmendem Magnet, das bei seinem verhältnismäßig niedrigen Preise und seiner besonderen Präzision alle ähnlichen Meßinstrumente komplizierterer Bauart entbehrlich macht. Das Galvanometer besteht aus einer Büchse von Hartgummi, in welcher sich die Drahtwindungen befinden, oberhalb diesem, in einem starken Glaskörper hermetisch verschlossen, schwimmt in Flüssigkeit eine stark vergoldete Magnetnadel, durch einen Schwimmer getragen. Da sich die Magnetnadel infolge der schwebenden Lage des Schwimmers ohne irgendwelche Reibung, selbst wenn das Galvanometer nicht horizontal stehen sollte, freibewegen kann, so entfällt das lästige Einstellen mit der Wasserwage, dessen man insbesondere bei dem *Edelmann'schen* Galvanometer bedarf. Die Direkte Ablesung der Teilung ist 5 Mill. Amp., geht jedoch bei Einschaltung eines Zweigwiderstandes bis auf 50 Mill. Amp. Die Leitungsdrähte können sehr leicht in die Klemmen des Galvanometers ein- und ausgeschaltet werden. Um stets leicht den Stand der Magnetnadel verfolgen zu können, soll die Batterie in unmittelbarer Nähe des Operierenden aufgestellt werden, wobei auch, ohne die Stellung zu verändern, der Rheostat leicht reguliert werden kann und die locker fallenden Leitschnüre ein ungeniertes Manipulieren gestatten.

Was die zu verwendeten *Nadeln* betrifft, so bin ich nach Erprobung aller im Laufe der Jahre empfohlenen Sorten bei der einfachsten, stets und überall erhältlichen Art, den sogenannten *feinsten Karlsruher Perlnadeln* angelangt. Die ursprünglich empfohlenen prismatisch vierkantigen, spitz ausgezogenen Stahlstifte, deren sich vorzüglich die Amerikaner bedienen, besitzen in den von den Uhrmachern verwendeten sogenannten *Reibahlen* ihr Modell und werden in diesem fazettierten Abschluß vorzüglich deshalb verwendet, um der kantigen Beschaffenheit der dickeren Gesichtshaare Rechnung zu tragen. Aus dem gleichen Grunde gibt *Brocq*, der mit den von *Hardaway* befür-

worteten Platiniridiumnadeln arbeitet, denselben einen sechs- bis achteckigen Querschnitt.

All diesen, in Gestalt und Dicke nach theoretischen Voraussetzungen für die Elektrolyse adaptierten Nadelgattungen, die oft noch durch die Wahl des Materials (Gold etc.) wesentlich verteuert werden, vorzuziehen sind die gewöhnlichen feinen Nähadeln, die bei dem von uns benützten Nadelhalter weder einer eigenen Fassung, noch einer besonderen Montierung bedürfen und mit einem Durchmesser von 0.15 mm überall leicht zu haben sind. Die etwa in der Länge von 20 mm aus dem Halter hervorragende Nadel wird mit einer Pinzette, 6—7 mm von der Spitze entfernt, unter einem Winkel von beiläufig 45° abgelenkt. Diese winkelige Krümmung bietet den geraden Nadeln gegenüber den wesentlichen Vorteil, daß sie auch an schwer zugänglichen Partien (Submentalgegend, Hals etc.) ohne Schwierigkeit die sichere Entrierung der Follikel ermöglicht und für die exakte Einhaltung der Gangrichtung größere Garantien bietet. Auch werden minder Geübte mit den abgelenkten Nadeln nicht so leicht zu gewaltsamem Eindringen in den Follikel verleitet werden, als wenn sie mit Nadeln operieren, die in der Flucht des Schaftes laufen. Des weiteren gibt die Abknickungsstelle ein sehr gut verwendbares Zeichen ab, an dem man stets bestimmen kann, bis zu welcher Tiefe die Spitze in die Haut eingedrungen ist.

Die rechtwinklige Krümmung der Nadel, wie solche von mancher Seite vorgeschlagen wird, beeinträchtigt meiner Erfahrung nach nicht unwesentlich die Sicherheit der Führung und verdeckt außerdem noch das Gesichtsfeld, weshalb ich auch eine solche auf keinen Fall befürworten kann. Obschon die an dem negativen Pole arnierten Nadeln nicht zu rosten pflegen, so stumpfen sich doch nach einiger Zeit ihre Spitzen ab und erheischen eine häufige Auswechslung; diese hat auch stets zu erfolgen, wenn neue Patienten in die Behandlung treten, was bei dem geringen Preise derselben gewiß keine Rolle spielt.

Als N a d e l h a l t e r benütze ich einen kurzen, etwa 15 mm langen, ans Kabelende befestigten Schraubenverschluß, den L. S c h u l m e i s t e r nach meinen Angaben anfertigt. Die Fixierung der Nadel bewirkt eine kleine Metallkapsel nach Art der bei Schraubleistiften verwendeten. Die Kürze des Halters ermöglicht mehr noch als die vorerwähnte Nadelkrümmung das bequemste Hantieren, selbst an Stellen, an die man mit den sonst verwendeten 10 bis 12 cm langen Griffen überhaupt nicht heranreichen könnte,

ohne die Patienten in ganz unnatürliche und unbequeme Lagen bringen zu müssen. Hauptsächlich ist durch die Leichtigkeit und Kleinheit des Instruments, das in seiner Länge nicht über die Kuppen der fixierenden Daumen und Zeigefinger hinausreicht, der taktilen Sensibilität der weiteste Spielraum bewahrt und gerade diese ist es, die neben der Sicherheit des Erfolges auch das kosmetische Resultat der Epilation entscheidet. Deshalb sind auch die einfachen, allzufeinen Metallklammern, die fix am Kabelende haften, ebensowenig empfehlenswert als die neuerdings mit Stromunterbrechern versehenen komplizierten und umfangreichen Fixiervorrichtungen. Mögen die letzteren noch so zart und sinnreich konstruiert sein, so wird sich beim Oeffnen oder Schließen des Stromes eine Verschiebung der im Follikel steckenden Nadel oder ein unbeabsichtigtes Vordringen derselben in die Tiefe des Gewebes fast niemals vermeiden lassen.

Als indifferenten Pol wird der + benützt, den man mit einer möglichst großen, gut gepolsterten, viel Wasser aufsaugenden Handelektrode verbindet, die der Patient während des Stromschlusses selbst fixiert. Die Plattenelektrode ist groß zu wählen, um an derselben nur eine geringe Stromdichte zu erhalten und dem Patienten bei der prolongierten Applikation keine Schmerzen (Brennen) zu verursachen.

Von einiger Wichtigkeit sind auch die Vorkehrungen, welche es dem Patienten ermöglichen, den Kopf ohne besondere Anstrengung ruhig zu halten. Ein Lehnstuhl mit gepolstertem Rücken, der sich wohl überall leicht beschaffen läßt, erfüllt in dieser Hinsicht völlig den Zweck und macht alle eigens konstruierten Stütz- und Fixierapparate überflüssig. Immerhin wird das bequeme und ruhige Arbeiten wesentlich unterstützt und erleichtert, wenn man über einen geeigneten Operationsstuhl mit verstellbarer Kopfstütze und Rückenlehne verfügen kann. Die modernen zahnärztlichen Arbeitsstühle, die gleichzeitig auch eine einfache Drehung, sowie eine beliebige Variation der Sitzhöhe gestatten, eignen sich hiefür am besten und kann ich auch für jene, die sich methodisch mit der elektrolytischen Epilation befassen wollen, die Anschaffung eines derart konstruierten Stuhles nur nachdrücklich empfehlen. Wenn man bald an den Lippen einer nervös mit dem Kopfe zuckenden Dame, bald wieder in der Submentalregion empfindlicher Leute die Enthaarung vorzunehmen hat, die, um das Epiliergebiet zugänglich zu machen, den Kopf extrem bis zum Nacken übergebeugt festhalten

müssen und in dieser peinlichen Situation einige Zeit hindurch zu verharren haben, so werden sich sowohl die Kranken als auch der Arzt erst recht bewußt, welche Vorteile ein in allen Lagen und Stellungen fixierbarer Stuhl gewährt. Doch können wir nur nochmals hervorheben, daß ein gewöhnliches Fauteuil bei Gesichtsepilationen die gleiche Bequemlichkeit gewährt und die besten Dienste leistet.

Um die Einwirkungszeit des Stromes genau bestimmen zu können, stehen auch sogenannte Minutenuhren im Gebrauch, deren Glocken nach dem Ablauf der eingestellten Zeit (eine oder mehrere Minuten) anschlagen. Bei einiger Uebung schätzt man indes ohne weiteres die erforderliche Dauer des Stromschlusses richtig ab und wird ähnlicher Behelfe um so weniger bedürfen, als man in ein und demselben Epilierbezirke den Strom auf die einzelnen Follikel verschieden lange einwirken lassen muß.

Der Eingriff wird nun derart ausgeführt, daß man die mit Salzwasser gut befeuchtete isolierte Anoden-Elektrode dem Patienten in die rechte Hand gibt und mit der Nadelspitze vorsichtig in der Richtung des Haares in den Follikel eindringt; ist die Nadel bis auf den Balgrund vorgeschoben, so heißt man den Kranken den Strom schließen, was er durch Auflegen des linken Handtellers auf die befeuchtete Elektrodenfläche bewerkstelligt. Nach erfolgter Stromeinwirkung resp. Zerstörung der Papille hat abermals der Patient durch Abhebung des Handtellers, die Stromunterbrechung zu besorgen. Bei dieser Anordnung der Anodenschließung und Anodenöffnung werden keine Zuckungen ausgelöst und bleiben den Patienten alle unangenehmen und schmerzhaften Sensationen erspart. Auch wird hiebei die Elektrolyse erst dann einsetzen, wenn die Nadel sich bereits in erwünschter Weise an Ort und Stelle befindet. Sehr bald lernen es die Patientinnen außerdem noch, die Intensität des Stromes nur allmählich einschleichen zu lassen, indem sie beim Schluß des Stromes nicht plötzlich die Elektrode mit ihrer ganzen Fläche in den Handteller drücken, sondern dies in Absätzen besorgen. Es ist deshalb auch nicht nötig, bei der Behandlung eines jeden einzelnen Haares den Rheostaten in Wirkung zu setzen, wie dies von mancher Seite empfohlen wird. Die Nadel hat also stets bei geöffnetem Strom eingeführt zu werden, denn nur so ist es möglich, sich darüber Gewißheit zu verschaffen, daß sie wirklich längs des Follikels in die Tiefe gleitet und nicht etwa in die Wan-

dungen desselben falsche Gänge bohrt. Wird der Strom schon durch die angesetzte Nadel geschlossen, so macht sich die Zersetzung sofort, bereits beim ersten Entrierungsversuch an der Follikelmündung geltend und die Fortsetzung der Sondierung des Haarkanals wird teils durch die sich ansammelnden Zersetzungsprodukte, teils durch die Leichtigkeit unmöglich gemacht, mit welcher die destruierende Nadelspitze auch in die weitere Umgebung des Haarbalges einsinkt, wodurch man eines jeden leitenden Gefühls verlustig wird.

Die Art der Nadeleinführung wird als wichtigste Phase der Operation, für den jeweiligen Erfolg des Eingriffes bestimmend sein und ohne ausreichende Übung kann man es hierin wohl nie zur Meisterschaft bringen. Von allgemeinen Regeln läßt sich diesbezüglich nur soviel sagen, daß die Epilation dann am besten gelingen wird, wenn die Nadelspitze, die entsprechende Stromstärke und Einwirkungsdauer vorausgesetzt, bis in die Papille eindringt. Deshalb hat man sich vor allem davon zu überzeugen, wie lange in der angegangenen Hautregion der intrafollikuläre Abschnitt des Haarschaftes ist, was man am leichtesten durch das Ausreißen eines gesunden, im Hautniveau gefaßten Haares feststellen kann. Die 3, 4 bis 5 mm betragende Strecke von der Fixationsstelle der Pinzette bis zum Bulbus entspricht der Tiefe, bis zu welcher man die Nadel im Follikel einzusenken hat. Beim Schluß des Stromes soll man dann außerdem noch etwa 1 mm weiter mit der Spitze in die Papille eindringen. Da an den wechselnden Hautregionen nicht nur die Stärke der Haare, sondern auch die Tiefe der Follikel eine verschiedene ist, so wird man sich an allen Stellen immer wieder von der Länge des intrafollikulären Haarabschnittes, d. h. der Wurzel, zu vergewissern haben.

Die korrekte Sondierung des Follikel wird wesentlich durch die Richtung der Haarströme erleichtert, die in unbeschriebenen Bezirken eine konstante Anordnung einzuhalten pflegen. Deshalb sollen die zu epilierenden Haare stets eine Länge von mindestens 4—6 mm haben, was zur Bestimmung des Winkels genügt, unter welchem sie sich zur Hautoberfläche neigen. Bei Leuten, die sich, wie dies meist geschieht, die Haare mit der Pinzette auszupfen oder rasieren, beziehungsweise abzusenzen pflegen, ist es stets angezeigt, das Nachwachsen derselben bis zur angeführten Länge abzuwarten, da die im Hautniveau stehenden Stoppeln keinen genügenden Anhaltspunkt für die Verlaufsrichtung der Wurzel, resp. der Haartasche bieten und die Gefahr besteht, falsche Wege zu

nehmen. Ein Anschwärzen pigmentarmer und daher nicht gut sichtbarer Haare ist meist nicht notwendig, doch kann auch dies das Sondieren der Haartäschchen gelegentlich erleichtern. Gleitet man vom Infundibulum aus vorsichtig längs des Haarschaftes in den Balg, so werden bei leichten Lokomotionen der bereits zur Papille vorgedrungenen Nadelspitze, **Mitbewegungen des extrafollikulären Haaraabschnittes** zu bemerken sein, dies wird aber nur dann erfolgen, wenn die Nadel aus dem Wurzelkanal nicht abgewichen ist.

Ist die Introdution vollführt, so stützt man sich mit dem Ring- und Kleinfinger in der Nähe des behandelten Haares auf die Haut, wodurch die den Nadelhalter führenden Daumen und Zeigefinger die feinste Exkursionsfähigkeit bewahren und die genaueste Fixation der Nadel in ihrer Stellung ermöglichen. Bei größerer Uebung wird man jedoch auch ohne Stützpunkte die Nadel mit absoluter Sicherheit dirigieren können, ohne den Kranken durch die aufgesetzten Finger lästig zu fallen.

Die angewandte Stromstärke wird man zum Querschnitte der Haare, die Tiefe ihrer Einpflanzung, sowie der individuellen Empfindlichkeit und Reaktion ins Verhältnis setzen. Die schwächsten Ströme, mit welchen ich zu arbeiten pflege, betragen 0.5 Mill. Amp., welche Intensität bei einer Einwirkungsdauer von 30 Sekunden meist hinreichend ist, um mittelkräftige Haare der Wangen, Oberlippe etc. zum Ausfalle zu bringen. Werden noch schwächere Ströme angewendet, so sieht man die nur mangelhaft alterierten Papillen zu Regeneration gelangen und ein Nachwachsen des behandelten Haares erfolgen. Kräftigere Haare, wie solche meist in schütterer Stellung über den Mundwinkel sitzen, sowie der stärkere Besatz des Kinns, der Augenbrauenbögen, des äußeren Gehörganges, des Nackens, sowie der Extremitäten gestatten die Einwirkung von 1—2 Mill. Amp. Stromintensität, ohne daß die nachträgliche Involution der Follikel mit merklicher Narbenbildung einherging. Eine 2 Mill. Amp. übersteigende Stromstärke ist wohl niemals erforderlich, wenn es sich um eine rein kosmetische Epilation handelt und möchten wir auch insbesondere bei dichtem Haarwuchs im Epilierterrain vor Anwendung stärkerer Ströme eindringlichst warnen. Sie erhöhen nicht die Gründlichkeit der Behandlung und können durch Summierung ihres destruirenden Effekts den Erfolg in schönheitlicher Beziehung nur beeinträchtigen. Kommt es darauf an, nebst den Haaren auch ihren Standort zu zerstören, wie etwa bei

den behaarten Muttermälern, so können ohneweiters selbst Ströme von 4—5 Mill. Amp. angewendet werden.

In subjektiver Hinsicht bekommt man von den Patientinnen fast niemals Schmerzensäußerungen zu hören, wie denn die Epilierkranken weiblichen Geschlechtes überhaupt zu dem geduldigsten und ausdauerndsten Teil der Klientel gehören. Aus eigener Erprobung können wir immerhin ver raten, daß Ströme über 2 Mill. Amp. an empfindlicheren Hautpartien nicht eben die angenehmsten Sensationen vermitteln. Die Toleranz einzelner Körperbezirke den Strömen gegenüber ist bekanntlich schon unter physiologischen Bedingungen, je nach der Dicke und Verschieblichkeit des Integuments eine verschiedene, weshalb auch die angewandten Stromintensitäten schon nach der Beschaffenheit der behandelten Regionen eine besondere Abstufung erheischen. Im allgemeinen aber hat sich die Stromintensität stets nach der durch sie bewirkten *Gewebreaktion* zu richten, die in weitesten Grenzen als individuelle Eigenheit, Schwankungen und Verschiebungen aufzuweisen hat. Während bei einem Menschen eine Stromstärke von 1 Mill. Amp. nicht hinreicht, um eine Lockerung der fest der Papille aufsitzenden Haare zu bewirken, wird dies bei anderen in der gleichen Stelle, mit halb so starken Strömen und kürzerer Einwirkungsdauer unter beträchtlichen Reaktionserscheinungen zu erzielen sein. Innervationsverhältnisse, resp. die Empfindlichkeit der reflektorischen Gefäßerregbarkeit scheinen hierfür verantwortlich zu sein.

Von der Anwendung lokal anästhesierender Mittel habe ich stets Umgang nehmen können, auch dann, wenn es sich um die Epilation von überempfindlichen Kranken und noch dazu an den sensibelsten Stellen, wie am Filtrum der Oberlippe, der Temporalgegend, des Nasenrückens oder dem Halse handelte. Die percutan applizierten Lösungen von Kokain, Eukain, die Salbensuspensionen von Anästhesin, Menthol, Guayakol etc. erzielen in dieser Hinsicht kaum eine nennenswerte Abschwächung der Empfindung, während die subkutane Einverleibung des Kokains, insbesondere im Bereiche des Gesichtes, viel zu viel Gefahren in sich birgt, um bei einem ähnlichen geringfügigen Eingriff eine berechnete Anzeige zu finden, selbst dann nicht, wenn sich derselbe nur auf umschriebene Stellen beschränken und keine weiteren Wiederholungen erfahren würde.

(Schluß folgt.)

Nachtrag zur „Heilung des chronischen Morphinismus durch eine neue Behandlungsweise“^{*)}

Von **Dr. C. Engelskjön** in Christiania.

Anfangs Juni habe ich die Gelegenheit bekommen, eine ältere Dame, die wegen eines schmerzhaften, fortwährend andauernden Leidens viele Jahre Morphininjektionen benützt hat, der Morphinkur zu unterwerfen. Die hervortretendsten Symptome des Morphinismus waren in diesem Falle: schlechtes Aussehen, Anwandlungen von unwiderstehlicher Schlaftrunkenheit und eine besonders des Nachts äußerst schwierige Blasenentleerung. Hin und wieder Spuren von Zucker im Urin. Diese Symptome eines ernsteren Leidens sollen sich in den drei letzten Jahren entwickelt haben, nachdem die Patientin, durch eine heftige Exacerbation ihrer rheumatischen Krankheit gezwungen, mit dem Morphinverbrauch zu steigern angefangen hatte. Die tägliche Dosis war beim Anfang der Kur, dem 3. Juni, etwa 0.120 g.

Ich muß sogleich bemerken, daß ich sehr bezweifelte, in diesem Fall die Morphinbehandlung durchführen zu können, weil die Krankheit, in welcher eine eingetretene Remission zum Kurversuch Anlaß gab, unzweifelhaft rekrudeszieren wird, ehe die Behandlung beendet werden könnte. Eine vollständige Entziehung wird vielleicht nicht einmal möglich sein, weil die Patientin sich lieber den Gefahren des Morphinismus aussetzen will, als das einzige Mittel entlassen, durch welches sie die quälenden Schmerzen zu beruhigen vermag. Ich habe deshalb eigentlich nur eine höchst notwendige Reduktion im Morphinverbrauche erzielt, die mir auch nach Verlauf von drei Wochen gelungen ist, indem ich mittels der Morphinkur das tägliche Injektionsquantum bis auf die Hälfte (0.068 g) zurückgeführt habe. Daß dies ohne jede Unannehmlichkeit für die Kranke geschehen ist, brauche ich wohl kaum hinzuzufügen. Ich bezweifle aber sehr, daß ich ein vollständiges Resultat erreichen werde; wenigstens habe ich in den letzten 14 Tagen die Reduktion nicht fortsetzen können. Indessen hat das Befinden der Patientin sich, namentlich mit Bezug auf die Schläfrigkeit und die Urinentleerung, schon erheblich gebessert.

In diesem Falle mußte ich ein besonderes Verfahren anwen-

^{*)} Siehe dieses Centralblatt S. 321.

den. Die gänzliche Entziehung des Morphins ließ sich aus den oben erwähnten Gründen nicht praktizieren, und die Frage „wie viel“ konnte ich nicht voraus beantworten. Deshalb verkleinerte ich stufenweise den Morphinverbrauch und ersetzte jedesmal das entnommene Quantum einige Tage lang mit einer entsprechenden Dosis Morphintropfen, bis daß ich ungefähr die Hälfte entzogen hatte. Gegenwärtig benützt aber die Patientin die Tropfen nicht mehr und begnügt sich mit einer täglichen Injektion von 0.068 g Morphin.

Ursprünglich hatte ich diese Methode für veraltete, komplizierte und überhaupt für schwierig zu behandelnde Fälle ersonnen. Ich habe aber später die Auffassung gewonnen, daß man richtiger verfährt, wenn man dem Patienten das ganze tägliche Injektionsquantum auf einmal entzieht und mit Morphintropfen ersetzt. Denn dadurch bekommt er ja das volle Quantum Morphin, für welchem er Brauch hat, ohne daß die verwüstenden Folgen der Injektionen unterhalten werden.

Man erlaube mir noch ein Wort: *Hirschlaff* hat das aus Kaninchen entnommene Immuserum auch gegen den *Morphinismus* versucht (s. dieses „Zentralblatt“, S. 88 ff.). Die plötzliche Entziehung nach Injektion von 5 cm³ Serum soll ohne jede Reaktion verlaufen sein. Dagegen darf man einwenden, daß ein Antitoxin natürlicherweise imstande sein muß, der Vergiftung entgegenzuwirken, daß es aber infolge seiner Natur unmöglich auf die sekundären, vom Gifte bedingten und manchmal sehr tiefgreifenden und deshalb auch entsprechend lange dauernden Veränderungen direkt einzuwirken vermag. Entweder müßte dann das Antitoxin eine unbekannte Nebenwirkung entfalten oder auch müßte ein anderer Serumbestandteil mit anderen Kräften mit im Spiele sein.

REFERATE.

Interne Medizin.

Ueber die diätetische Beeinflussung des Wasserhaushaltes bei der Behandlung Herzkranker. Von Prof. F. Kraus.

Entgegen den Annahmen *Oertels* einer Hydrämie bei hypotropischen Herzkranken, zeigten exakte Untersuchungen, daß bei Herzkranken mit schwerem allgemeinen Hydrops die Zusam-

mensetzung des Blutes als ganzes, wie auch diejenige des Serums und der Erythrozytensubstanz keine Anomalien aufzuweisen braucht. Es ist ferner auch unwahrscheinlich, daß bei Herzkranken Schwankungen der Gesamtblutmasse vorkommen, welche die Füllung der Herzkammern, daher auch die Ansprüche an den Herzmuskel steigern würden. Auch ergeben zahlreiche Bestimmungen verschiedener Autoren, daß die Gefrierpunktniedrigung bei inkompensierten Herzfehlern abnorm groß ist, die wahrscheinlich auf Kohlensäureretention zu beziehen ist. Zur Lösung der hier schwebenden Fragen muß auch noch der Flüssigkeitsgehalt der Gewebe berücksichtigt werden. Bei venöser Stauung kommt es zu Erhöhung des Blutdruckes im Kapillarsystem bis auf das Vier- bis Fünffache der Norm, so daß unter diesen Bedingungen auch schon ohne Alteration der Blutgefäßwände eine gewaltige Steigerung des Flüssigkeitsstromes vom Blut in die Gewebsspalten, sowie eine Verringerung oder völlige Hemmung der Rücktranssudation in die Venen resultieren muß. Die Zirkulation der Lymphe erfährt auch noch dadurch eine Behinderung, daß der Druck in der Vena subclavia, wohin sie einfließt, ebenfalls gewachsen ist. Tritt zur verminderten Stromgeschwindigkeit und zur Druckerhöhung noch funktionelle Veränderung des Endothels hinzu, so wird die Schnelligkeit der Anasarkabildung noch weiter begünstigt. Ferner ist es ein physikalisches Postulat für die Möglichkeit einer kontinuierlichen und gleichmäßigen Strömung in Röhren mit diffundierenden Wandungen, daß für den Abtransport der transsudierten Flüssigkeit durch ableitende Bahnen gesorgt sein müsse. In diesen Verhältnissen ist also wohl der Schlüssel zum Verständnis zu suchen, wie die Entwässerung für die Entlastung der Zirkulation bei dekompensierten Herzfehlern wirksam sei. Weiters aber fragt es sich, ob neben der so wirksamen Vermehrung der Flüssigkeitsausscheidung durch den Harn, Schweiß, Punction, auch die einfache Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr eine in Betracht kommende Flüssigkeitsentziehung, speziell bei Hydropsien, zu bewirken vermag. Die Antwort lautet von manchen Seiten unbedingt positiv, doch sind die Fälle verhältnismäßig selten, bei denen durch Reduktion der Flüssigkeitsaufnahme allein ein Schwinden der Stauungserscheinungen erreicht wird. Häufiger sind Fälle, in welchen vorher versagende Cardiotonica bei gleichzeitiger Regulierung des Wasserhaushaltes wieder effektiv werden. Mit Rücksicht auf die theoretischen Erörterungen und die klinische Erfahrung sollte also die

Regelung der Flüssigkeitszufuhr nach den Ausscheidungen grundsätzlich bei der Behandlung Herzkranker berücksichtigt werden.

Die Indikation zur stärkeren Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr hat sich also nicht mehr nach der irrtümlichen „hydrämischen Plethora“ zu richten, sondern wird bestimmt gegeben sein, sobald die Flüssigkeitsretention beginnt oder bei schon bestehendem Hydrops zunimmt.

Der größte Uebelstand für eine Uebertragung des Verfahrens in die Praxis liegt darin, daß wir eine genaue Kenntnis der Wasserbilanz Herzkranker nicht besitzen. Da für die Wasserausscheidung außer der Größe der Wasserzufuhr auch die Menge der in den Nieren eliminierten Stoffe, die Perspiration durch Lungen und Haut, Außentemperatur, Feuchtigkeit der Luft u. a. m. in Betracht kommen, lassen sich bestimmte Werte für Abgabe und Zufuhr kaum aufstellen. Ob nun beim dekompensierten Herzkranken eine Verschiebung der Beteiligung der einzelnen Organsysteme an der Wasserausscheidung zustande kommt, wissen wir nicht, und deshalb sind die einfachen „Differenzbestimmungen“ nach Oertel ungenügend zur Beurteilung des Wasserumsatzes. Einen passenden Maßstab für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Beeinflussung des Wasserhaushaltes glaubt K. in der vollkommenen osmotischen Analyse (Gefrierpunkts-, elektrische Leitfähigkeitsbestimmung) des Stauungsharnes, sowie in der quantitativen Bestimmung der wichtigsten Harnbestandteile (N, Na Cl) gefunden zu haben und in der Relation $C_e : C$ (Konzentration der Elektrolyte : Gesamtkonzentration in Molen) einen brauchbaren Gradmesser der renalen Stauung sehen zu dürfen. Die theoretische Unterlage dieses Maßstabes liegt folgendermaßen: Bei schweren Kompensationsstörungen ist dennoch die Gesamtmolenausscheidung eine relativ hohe, da die Verlangsamung der Blutströmung den osmotischen Austausch zwischen Glomerulusfiltrat und Nierenvenenblut begünstigt. Da dieser Austausch hauptsächlich die Elektrolyte betrifft, wird der Quotient $C_e : C$ unso geringer, je stärker die Nierenstauung ist. Ferner lehrte die Erfahrung, daß sowohl bei Kalomel- als Digitalisdiurese $C_e : C$ wächst. Es ist also die Änderung der Relation $C_e : C$ ein Symptom, welches früher als die anderen Zeichen (Stauungsharn, Wachsen seiner Molekularkonzentration) die Insuffizienz des Kreislaufes erkennen läßt. Auch die vergleichende Untersuchung des Blutplasmas kann fernerem Aufschluß geben. Wird der Harn gegenüber dem Serum elektro-

lytenärmer, so bedeutet dies ebenfalls Flüssigkeitsretention. Es kann also frühzeitig durch diese Methoden die Störung erkannt und durch Regelung des Wasserhaushaltes bekämpft werden. Die Bedenken, welche darin liegen, daß durch Flüssigkeitsentziehung bei Herzkranken die an und für sich abnorm hohen osmotischen Drucke des Blutes noch gesteigert werden, werden durch die von K. auch experimentell festgestellte, a priori zu behauptende Tatsache hinfällig, daß der Organismus ja nicht Wasser, sondern Salzlösungen ausscheidet und sehr energisch an seiner Eigenkonzentration festhält.

Die Frage, auf welche Weise die Wasserentziehung — Entnahme oder Einschränkung der Zufuhr — stattfinden soll, findet natürlich in diesen Kriterien keine Antwort. Die praktischen Erfahrungen lehren, daß Fälle mit Stauung und manifesten Oedemen und verringerter Harnmenge eine Steigerung der Harnmenge nach Reduktion der Wassereinnahmen erkennen lassen. Andere Fälle verhalten sich wieder gegenteilig. Die Ursache dieser häufigen Mißerfolge liegt zum Teil darin, daß die Herzkraft vieler Kranken bereits zu stark gesunken ist, was also dazu auffordert, gleichzeitig mit der Wassereinschränkung Cardiotonica zu reichen. Außerdem spielen aber bei schon bestehenden Oedemen gewiß noch die Störungen der komplizierten Druck- und Spannungsverhältnisse zwischen Lymphspalten, Blutgefäßen, Geweben eine hervorragende Rolle. Diese Erfahrungen zwingen uns dazu, die diätetische Beeinflussung des Wasserhaushaltes vorwiegend als *P r ä v e n t i v m a ß r e g e l* anzusehen, neben der Regelung der Wassereinnahmen immer auch die anderen Methoden der Flüssigkeitsentziehung zu verwerten.

Die praktischen Erfolge, welche K. seit Jahren mit dem Trockenregime gemacht hat, sind ziemlich günstige. Schon alleinige Flüssigkeitsreduktion wirkt manchmal steigernd auf die Diuresis. Bei der Wasserentziehung ging K. stets sukzessive vor, von 1500 cm³ beginnend bis auf 800 als untere Grenze. Ausschließliche „Durstkuren“ hat K. nie angewendet. Nachteile wurden keine beobachtet. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 7, 1903.)

Versuche über den Einfluß des Pflanzeiweißkörpers auf die Zuckerausscheidung bei Diabetes mellitus. Von Dr. Schuman-Leclercq.

In der Theorie des Diabetes mellitus hat eine Reihe schwerwiegender Tatsachen die alte Anschauung, daß es sich bei dem

Phänomen der Glykosurie um „Störung des Zuckerverbrauches“ handelt, wesentlich erschüttert.

Im Gegensatz zur Toleranztheorie steht die Reiztheorie (K o l i s c h). Nach dieser soll die diabetische Glykosurie zustande kommen durch vermehrte Zuckerabspaltung aus den Geweben durch einen toxischen Reiz. Diese Zuckerabspaltung kann durch Nahrungszufuhr und den durch dieselbe bedingten Nahrungsreiz gesteigert werden. Da der Nahrungsreiz eine intensivere Zuckerabspaltung aus den Geweben bedingt, so ist die Art der die Kohlehydrate begleitenden Nahrungsmittel von wesentlichem Einfluß. Bei diesem Vorgang sind nicht die von P a v y entdeckten, präformierten Kohlehydratmoleküle des Eiweißes zur Zuckerbildung herangezogen, denn auch Fütterung mit Kasein, das kein solches Kohlehydratmolekül in sich einschließt, ruft bedeutende Glykosurie hervor. Es kommt ein zweifacher Gewebsreiz in Betracht, welchen die Eiweißnahrung ausübt und die diabetische Glykosurie damit veranlaßt. Das Eiweiß ist jenes Nahrungsmittel, welches unter allen Nahrungsmitteln den größten Nahrungsreiz ausübt. Es scheint, daß die Verbrennungen im Körper an denjenigen Nahrungsmitteln ihren Ausgangspunkt nehmen, welche den Geweben, resp. der Gewebszusammensetzung, am adäquatesten sind, das sind die Eiweißkörper. Daher wird auch Eiweiß unabhängig vom Bedarf in jeder Menge zersetzt, wenn es zugeführt wird. Der Zersetzung des Eiweißmoleküls muß der Eintritt in das Zellprotoplasma vorangehen, zumindest ein inniger Kontakt mit dem Zellprotoplasma zustande kommen, wodurch ein intensiver Reiz auf das letztere ausgeübt wird: Spaltung des Protoplasma-moleküls, welches aus Eiweiß, Kohlehydrat, Fett und Salzen besteht, mit Abspaltung von Zucker und Zerfall des Nahrungseiweißes selbst, welches Material zur Zuckerbildung abgeben kann. Theoretisch könnte aus dem Zerfall von Eiweiß nach Abzug von Harnstoff-C so viel C für Zuckerbildung verwertet werden, daß 1 N 8 g Zucker entsprechen.

Gegen die Annahme, daß das Eiweißmolekül, sobald es in den Stoffwechsel eintritt, auch bis in seine sämtlichen Endprodukte abgebaut wird und mithin sein gesamter Stickstoff in dem Urin erscheint, sprechen aber zahlreiche Erfahrungen, die darauf hinweisen, daß das Eiweißmolekül gleich beim Eintritt in den Stoffwechsel in primäre Spaltungsprodukte ganz verschiedener physiologischer Bedeutung zerlegt wird. Bei Diabetes gravis, welcher

meist gleichzeitig unter den Gesetzen der Unterernährung steht, werden einerseits aus dem zerfallenden Eiweißmolekül diejenigen kohlenstoffhaltigen Gruppen, die als synthetische Bausteine zur Synthese seines ausgeschiedenen Eiweißzuckers dienen, eliminiert, andererseits jedoch der für den Eiweißaufbau „vollwertige“ N-reiche Proteosenrest, der an Zuckerbildnern arm ist, wieder in sein Eiweiß angesetzt, so lange der Kranke eben unterernährt ist und Eiweiß nach Möglichkeit zu retinieren trachtet.

Mit Rücksicht auf die Reiztheorie hat K o l i s c h für den Diabetes vegetabilische Kost empfohlen. Sch. ist daran gegangen, den Einfluß des vegetabilischen Eiweißkörpers auf die diabetische Glykosurie zu prüfen.

Zu diesem Behufe wurden im Laufe dieses Sommers Versuche an schweren Diabetikern des Fremdenhospitals in Karlsbad, bei Berücksichtigung der resorbierten N-Mengen und unter gleichbleibenden quantitativen Verhältnissen der Ernährung, des Regimens, der Bewegung etc. vorgenommen. Von den in fünf Perioden zu vier, respektive drei Wochen im Fremdenhospital während der Saison einlangenden Diabetikern wurden alle zunächst auf Kost A (s. u.) gesetzt.

Die Kranken wurden früh morgens stuhl- und harnfrei gewogen. Die Kost war dermaßen angeordnet, daß in allen Versuchsperioden eine gemeinsame „Grund“- oder „Stamm“-Kost verabreicht wurde, welche enthielt: 350 cm³ dünnen schwarzen Kaffee, je $\frac{1}{4}$ l Weißwein mittags und abends (ständige Ware), 100 g Fett (Butter, Speck, Oel, Schweinefett), zehn Eigelb, zwei ganze Eier, 500 g grüne Gemüse, 350 cm³ klarer, dünner Rindsuppe. Bei der Zubereitung der Speisen wurden selbstverständlich weder Mehl, Milch, Rahm, Zucker, noch andere Zutaten als Kochsalz verwendet. Die Eiweißmenge dieser Stammkost stellte sich auf 38 g. Die gegebene Fettdosis wurde meist vollständig genossen und wurde deshalb deren Eiweißgehalt mit 1% in Rechnung gebracht. Die grünen Gemüse bestanden aus Spinat, Kochsalat, Schnittbohnen, Blumenkohl, Sauerkraut, Häuptel, Gurken und entsprachen 10—20 Löffel derselben, je nachdem, 500 g. Sie sind in der Berechnung der Einnahmen in der „Stammkost“ vernachlässigt.

Neben dieser allen Kostordnungen gemeinsam konstanten Eiweißzufuhr der „Stammkost“ bekamen die Kranken in den Fleischperioden (Kost A) 200 g mageren, roh abgewoge-

nen Rindfleisch	=	42 g Eiweiß
200 g Spezialwurst	=	25·5 „ „
Summa	=	67·5 g Eiweiß

und in den vegetabilischen Eiweißperioden (Kost B) die äquivalente Menge Roborat (80 g), 80 g Roborat = 67·29 g Eiweiß.

Somit wurden mitsamt der „Stammkost“ gereicht und verzehrt in Kost A = 105·5 g Eiweiß, in Kost B = 105·3 g Eiweiß.

An den Käsetagen (Kost C) enthält die Menge des abgegebenen Käses (364 g) = 105·0 g Eiweiß, mitsamt der „Stammkost“ beträgt somit die Eiweißzufuhr eines Käsetages = 143 g Eiweiß, somit enthält Kost A = 16·8 g N, Kost B = 16·8 g N, Kost C = 23·2 g N.

Die Kranken hielten nun zunächst Kost A fünf Tage oder mehr inne, dann folgte eine gleichlange Roboratperiode (Kost B), welcher eine gleichlange Fleischperiode angereiht wurde, welche wiederum mit einer Roboratperiode abwechselte. Auf diese Weise wurde der drei- oder vierwöchentliche Aufenthalt der Kranken ausgefüllt.

Obwohl Kost A nur 2147 Kalorien, Kost B nur 1955 Kalorien und Kost C nicht mehr als 3067 Kalorien repräsentieren, nahm bei dieser im Sinne der gewohnten Doktrin der Kalorienlehre „unterernährenden“ Kost fast jeder Patient an Körpergewicht, mancher nicht unbedeutend zu, was für die von K o l i s c h vertretene Anschauung spricht, daß der Diabetiker sein Nahrungsbedürfnis auf ein geringes Maß einstellt.

Die gesamte Beobachtungsdauer an sieben Fällen betrug 152 Tage = 36 Kostperioden, wovon 18 Fleisch-, 14 Roborat- und 4 Käseperioden. Von diesen sprechen 14 A-Perioden, 11 B-Perioden und 3 Käse-Perioden, d. i. 28 Perioden, positiv für das Pflanzeneiweiß, indem das Verhältnis des ausgeschiedenen Stickstoffes zum Zucker zu Gunsten des ersteren sich änderte. Z. B.: Fall III bei Kost A verhielt sich N : Z = 1 : 4·4, bei Kost B wie 1 : 0·8. Allerdings sind in den anderen Fällen die Resultate nicht so auffällig. Bemerkenswert ist ferner der stets ungünstige Einfluß der Käseperioden auf die Zuckerausscheidung.

Mit Rücksicht auf obige Resultate ist die Empfehlung des vegetabilischen Eiweißkörpers für den Diabetiker experimentell begründet. Therapeutisch kommt außerdem noch die bekannte, im

Zuckerstoffwechsel nicht hoch genug zu veranschlagende, günstige Eigenschaft der Nierenschonung in Betracht. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 18—21.)

Ueber Diabetes insipidus. Von Dr. A. Wolff.

W. versuchte auf Vorschlag v. Liebermeisters die Behandlung eines Falles von hereditärem Diabetes insipidus mit Sekale im Infus 6·0 : 200 zwei- bis dreimal täglich ein Eßlöffel, nachdem alle anderen therapeutischen Mittel (Opium, Aspirin etc.) erschöpft waren. Die Urinmenge sank sehr bald von 7000—11.000 auf 5000—6000, um dann bald nur noch zwischen 2000—3000 zu schwanken. In weiteren drei Monaten der Beobachtung hielt sich die Harnmenge zwischen 1½ und 2½ l. Dabei fühlte sich Patient subjektiv wohl. Vom ersten Tage der Sekaledarreichung schwand das Durstgefühl vollkommen, das Gewicht nahm um 8 Pfund zu. Die Erklärung dieses Erfolges ist nicht leicht. Sekale bewirkt eine Verengung der kleinen Gefäße, daher Erhöhung des arteriellen Druckes; man sollte also Zunahme der Harnmenge erwarten. Andererseits hängt aber die Harnmenge von der Blutmenge ab, welche in der Zeiteinheit die Nierengefäße durchfließt, so daß die durch das Sekale hervorgerufene Gefäßverengung die Ursache der Verminderung der Urinausscheidung sein kann. In einem zweiten Falle war die Wirkung des Sekale nicht so prompt, doch sank die Harnmenge von 5500—7000 dauernd auf 4000—3800. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1903.)

Physikalische Therapie.

Ueber den Einfluß kalter hydriatischer Prozeduren auf den Blutdruck. Von Karl Bruck.

Die Resultate Brucks sind kurz die folgenden: Extrem kalte Vollbäder (8° C.) bringen schon nach einer halben Minute Dauer, Vollbäder von zirka 13—16° erst bei einer Minute, noch höher temperierte (20—22°) erst bei zwei Minuten und längerer Dauer eine Drucksteigerung hervor. Dagegen erfolgt bei Bädern von 10—19° und einer Dauer von einer halben Minute, sowie bei solchen von 20—22° und einer Minute Dauer eine beträchtliche Druckherabsetzung. Nach allmählich abgekühlten Ziemssen'schen Halbbädern von fünf Minuten Dauer konstatierte Bruck

fast immer eine Druckherabsetzung, nur in einzelnen Fällen, in denen die Patienten das Bad schlecht vertragen, war der Druck nachher erhöht. Nach *A b r e i b u n g e n* und *A b k l a t s c h u n g e n* war der arterielle Druck gleichfalls mit Konstanz erniedrigt. *R e g e n-*, *F ä c h e r-* und *R ü c k e n b r a u s e n* von 15—20° C. Temperatur führten bei kurzer Dauer (2—3 Minuten) zu einer *B l u t d r u c k h e r a b s e t z u n g*, erst bei längerer Dauer trat eine *D r u c k s t e i g e r u n g* ein. Diese *D r u c k s t e i g e r u n g* erfolgte in schon kürzerer Zeit, respektive sofort nach *e i n g r e i f e n d e n P r o z e d u r e n* (*S t a u b b r a u s e n*, *K a p e l l e n b r a u s e n*, heißen *S t r a h l e n d u s c h e n*), während die *w e c h s e l w a r m e n D u s c h e n* den Blutdruck überhaupt *u n b e e i n f l u ß t* ließen. Mit Ausnahme der letztgenannten Prozeduren, sowie des extrem kalten Vollbades (8°) bewirken also *m i l d e h y d r i a t i s c h e P r o z e d u r e n*, wie sie therapeutisch am häufigsten angewandt werden, bei *k u r z e r E i n w i r k u n g* konstant eine *B l u t d r u c k h e r a b s e t z u n g*, während sie bei längerer Dauer eine *B l u t d r u c k e r h ö h u n g* hervorrufen.

Bemerkenswert ist, daß *B r u c k* eine *K o n s t a n z* in der *G r ö ß e* der Drucksteigerung oder -Senkung nicht beobachten konnte und daß die gleichzeitig vorgenommenen *P u l s-* und *T e m p e r a t u r m e s s u n g e n* ergaben, daß diese Werte sich *u n a b h ä n g i g* von dem Blutdruck bei Kälteprozeduren verändern. Deshalb, sowie wegen der verhältnismäßig *k u r z e n D a u e r* der Blutdruckveränderungen (wenig mehr als eine Stunde) kommt *B r u c k* zu dem Schlusse, daß die *t h e r a p e u t i s c h e n* Wirkungen hydriatischer Prozeduren am wenigsten auf Veränderungen des allgemeinen Blutdruckes zurückzuführen sind; doch geben diese bezüglich der *I n d i k a t i o n e n* der Prozeduren manchmal wertvolle Aufschlüsse. — (Inaug.-Diss. München 1902.)

B.

Ueber den Einfluß des Schwitzens auf die Blutzusammensetzung. Von Dr. Kasimir v. Rzetkowski.

Im Jahre 1892 hat *G r a w i t z* auf Grund seiner Untersuchungen nach heißen Bädern gefunden, daß bei der Mehrzahl der Menschen das spezifische Gewicht des Blutes nach dem Schwitzen zunimmt, bei wenigen bleibt es auf derselben Höhe oder nimmt sogar ab. Im Zusammenhang damit lenkte *G r a w i t z* auch die Aufmerksamkeit auf den Einfluß vasomotorischer Veränderungen auf das spezifische Gewicht des Blutes. Er fand, daß sich unter

dem Einflusse des Erwärmens der Körperoberfläche die peripherischen Gefäße erweitern, der Blutdruck fällt und die Gewebsflüssigkeit in die Gefäße eindringt; das spezifische Gewicht des Blutes nimmt ab. Kälte rief entgegengesetzte Folgen hervor. (Zeitschr. f. klin. Med. 1902.)

Von R. geht nun in seinen Untersuchungen weiter, indem er außer dem spezifischen Gewichte des Gesamtblutes auch das des Serums und die Zahl der roten Blutkörperchen untersucht. Vor und nach dem Schwitzen werden die untersuchten Personen gewogen, um die ausgeschiedene Schweißmenge zu bestimmen. Zu seinen Untersuchungen benützte er einen Glühlichtapparat, in welchem er die Kranken bei 70—80 ° C. 30—45 Minuten ließ. Er kam nun zu folgendem Resultat: 1. Die unter dem Einflusse der Erwärmung einer großen Körperoberfläche auftretende Erweiterung peripherer Gefäße verursacht einen Flüssigkeitszufluß von außen in das Gefäßsystem. 2. Diese Flüssigkeitsmenge kann den Wasserfluß, welchen das Blut erlitten hat, übersteigen, demzufolge kann das spezifische Gewicht des Serums und des Gesamtblutes anstatt einer Eindickung eine Blutverdünnung aufweisen, trotzdem große Schweißmengen ausgeschieden waren. 3. Der Flüssigkeitszufluß zu dem Gefäßsystem verursacht eine gesteigerte Zufuhr roter Blutkörperchen aus den blutbildenden Organen, welche die normalen Verhältnisse zwischen den flüssigen und zelligen Bestandteilen des Blutes, momentan durch die Vermehrung der ersteren gestört, wiederherzustellen bestrebt ist. Diese Untersuchungen sind von Interesse, da sie ein Streiflicht auf die Wirkung schweiß-erregender Prozeduren bei Chlorose werfen und wir finden hier eine Erklärung für die bekannte vorteilhafte Wirkung von Dampfbädern und Lichtbädern in renitenten Fällen von Chlorose, bei welchen die blutbildenden Organe zu gesteigerter Funktion angeregt werden.

Mit der von R. geäußerten Ansicht ist auch die Tatsache in Einklang zu bringen, daß Aderlässe die blutbildenden Organe zu gesteigerter Funktion anregen. Die Aderlässe rufen ein Vakuum in den Gefäßen hervor und verursachen dadurch einen gesteigerten Zufluß der Gewebsflüssigkeit zum Blute und die blutbildenden Organe bestreben sich, durch gesteigerte Tätigkeit das Verhältnis der morphologischen Blutelemente in den flüssigen Teilen auszugleichen. — (Zeitschr. f. diät. und physik. Ther., H. 3, 1903.)

B.

Hydriatische Behandlung der Pneumonie. Von Dr. Kellogg

K. gibt zur Behebung der Schmerzen heiße Umschläge über die ganze Brust und den Rücken in der Dauer von 15 Minuten und wiederholt diese Prozedur alle 2—3 Stunden, bis sich der Patient besser fühlt. Dann gibt er kalte Umschläge, ebenfalls auf die Vorder- und Rückenseite der Brust. Die rückwärtige Kompresse kann so lange liegen bleiben, bis sie sich durch und durch erwärmt hat; die vordere Kompresse soll jedoch alle Viertelstunden erneuert werden, längstens dann, wenn sie anfängt warm zu werden. Im allgemeinen ist kontinuierliche Kälte nicht angezeigt, nur in leichten Fällen mag der Eisbeutel vorteilhaft sein; die kontinuierliche Kälte verhindert nämlich die revulsive Zirkulation in der Haut. Die Körpertemperatur wird am besten durch feuchte Einpackungen reguliert, aber nicht so wie beim Typhus, wo man bei eintretender Erwärmung sofort die Einpackung unterbricht und eventuell erneuert; bei der Pneumonie hingegen wartet man eine vollständige Durchblutung und Hyperämie der Haut ab. Das ist ein äußerst wichtiges Gegenmittel gegen die Lungenkongestion und man erzielt daher die besten Resultate, wenn man eine ausgiebige Schweißproduktion in der Einpackung herbeiführt; es ist demgemäß auch von großem Nutzen, nach der feuchten Einpackung heiße Brust- oder Stammumschläge zu applizieren. Auch kalte Klysmen leisten gute Dienste, um die Körpertemperatur zu reduzieren. Tagsüber sind auch zwei bis dreimal kalte Abreibungen und Teilwaschungen behufs Erhöhung der vitalen Resistenz und der allgemeinen Zirkulation sehr am Platze. Warme Umschläge und das Schlürfen von warmem Wasser sind auch vorzügliche Mittel gegen den quälenden Husten. Heiße Lenden- und Hüftenumschläge wirken vorzüglich, um in extremen Fällen der Kongestion zu den Lungen beizukommen, besonders dann, wenn Zyanose oder Atemnot auftritt; hier ist auch der Eisbeutel auf die Herzgegend von großem Werte. Bei Nachlaß der akuten Symptome bringe man die erregenden Umschläge in Anwendung; jetzt handelt es sich nicht mehr darum, die Entzündungserscheinungen einzudämmen, sondern den Resorptionsprozeß zu unterstützen; auf jeden erregenden Umschlag läßt man durch 15 Minuten einen heißen Umschlag folgen und wiederholt das Ganze drei- bis viermal im Tage. Wenn in besonders schweren Fällen Schlaflosigkeit und selbst Delirien auftreten, dann bedient man sich mit größtem Vorteile der feuchten Einpackungen. — (Good Health Nr. 2, 1903; Bl. f. kl. Hydroth. Nr. 5, 1903.) B.

Bäder und Gymnastik bei chronischen Herzkrankheiten. Von Dr. M. Wood.

Im Stadium der ausreichenden Kompensation brauchen die Patienten außer der Vermeidung von Ueberanstregungen keine besondere Therapie, außer etwa bei abnorm hoher Spannung im Arteriensystem oder bei zu schneller Herzaktion. Alsdann sind für diese Patienten, namentlich aber für solche, bei welchen das Herz bei günstigen Umständen gut funktioniert, aber doch bei mäßiger Anstrengung versagt, Bäder und Heilgymnastik indiziert. Wenn die Zirkulation niemals ganz ausreichend ist und schon eine geringe Anstrengung genügt, um eine Wendung hervorzurufen, nimmt die Anwendbarkeit dieser Behandlung ab, während Medikamente noch etwas Nutzen schaffen können. Wenn hochgradige und nicht mehr zu beseitigende Schwäche des Herzens besteht, ist die Bäder- und Gymnastikbehandlung direkt kondraindiziert. Von großer Wichtigkeit ist es, daß dort, wo nach den früher gegebenen Indikationen möglich ist, die medikomechanische und balneotherapeutische Behandlung rechtzeitig eingeleitet wird. Man muß dem Herzen die Arbeit vermindern, dessen Muskulatur stärken und demselben das richtige Maß von Arbeit zuweisen. Bäder von 33—35° C. bewirken eine mäßige Erweiterung der Gefäße und Verlangsamung der Pulsfrequenz. Bei 30° C. tritt eine Kontraktion der peripheren Gefäße ein nebst erheblicher Steigerung der Kammerkontraktion und allgemeiner Stimulation. Zu dieser niedrigen Temperatur geht man nur ganz allmählich über, nachdem man zuerst Bäder von 15 Minuten Dauer bei der höheren Temperatur gegeben hat. Als nützlicher Zusatz dient für jedes Vollbad fünf Pfund Kochsalz nebst 150 g Kalziumchlorid und 1/2 Schachtel von der Sandow'schen Mischung zur Entwicklung von Kohlensäure. Nach dem Baden wird zwei Stunden lang geruht. Die Konzentration der Bäder kann allmählich auf 6% erhöht werden. Dazu kommen die Widerstandsbewegungen, eventuell mittels einer Anordnung von Rollen und Gewichten. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 13, 1903.) B.

Eis-Suppositorien gegen Dysenterie. Von Dr. Kayensky.

Die Suppositorien sind so dick wie der kleine Finger der Patienten und haben 2/3 Länge dieses Gliedes; hat sich das Suppositorium aufgelöst, dann führt man ein zweites etc. ein bis fünf. Der Patient hat anfangs ein ziemlich unangenehmes Gefühl, bald aber hört der Tenesmus auf und ruhiger Schlaf tritt ein. Erwacht der Patient, dann führt man wieder sukzessive fünf Suppositorien

ein und wiederholt dies so lange, als sich Tenesmus zeigt. Auch der Allgemeinzustand wird Schritt für Schritt besser. Schon in den ersten 24 Stunden sinkt die Zahl der Stühle von 50—60 auf 15—10 und in kurzer Zeit tritt Genesung ein. — (Rev. d. Th. Nr. 5, 1903.)

B.

Chirurgie.

Die Jodoformknochenplombe. Von Mosetig-Moorhof.

In den letzten Dezennien wurden vielfache Versuche unternommen, operativ erzeugte Knochenhöhlen mit indifferentem Material zu füllen, um die langwierige Behandlung abzukürzen; in den meisten Fällen stieß sich aber die Plombe durch entzündliche Vorgänge ab. Hingegen gelang es Vf., eine Plombenmasse aus Jodoform, Wallrat und Sesamöl zusammenzustellen, welche von dem Gewebe gut vertragen wird und in dem Knochen einheilt. Wie die mehrere Monate nach der Operation aufgenommene Röntgenphotographien zeigen, wird diese Plombenmasse dann allmählich resorbiert und durch neugebildeten Knochen ersetzt.

Eine sehr wichtige Bedingung des Gelingens ist eine aseptische Höhle; bei den verschiedenen Formen der Nekrose gelingt das Aseptischmachen der Höhle weder mit Ausspülungen noch mit siedendem Oel; dies kann nur auf operativem Wege erreicht werden, indem man die Wände der Abzeß- und Kloakenhöhle mit Meißel und scharfem Löffel entfernt, bis frische gesunde Knochen substanz überall zum Vorschein kommt. Wenn die Höhle so hergerichtet ist, wird sie mit 1% Formalinlösung ausgespült und dann vollständig getrocknet. Erst wenn die Wandungen vollständig trocken sind, kann man die durch Erwärmen flüssig gemachte Masse eingießen. Dieselbe füllt alle Lücken der Höhle aus und bewirkt daher eine sichere Blutstillung. Ueber der starr gewordenen Plombe wird das Periost und die Haut zusammengenäht.

Auch bei Gelenkskaries hat sich die Plombe sehr gut bewährt. Vf. ist der Ansicht, daß die sog. konservierende Behandlung der Glieder nicht in passivem Abwarten und Anlegen von Verbänden bestehen soll, sondern daß möglichst frühzeitig alles Kranke (Knochen und Kapsel) exstirpiert werden soll, dann gelingt es, die Verkürzung der Extremität auf ein Minimum zu reduzieren und bei Kindern den Epiphysenknorpel zu erhalten, was

für das nachträgliche Wachstum der Extremität von der größten Bedeutung ist. — (Zentralbl. f. Chir., Nr. 16, 1903.)

Ueber Nekrose der Gallenblase. Von Prof. Dr. Czerny.

Vf. teilt zwei Fälle mit, in welchen die Einklemmung von Steinen im Ductus cysticus eine Nekrose der Gallenblase erzeugte; dieselbe führte im ersten Falle zur vollständigen Abstoßung der Schleimhaut, während die Gallenblasenwand durch die Adhäsionen ernährt wurde, im zweiten Falle war nur ein Teil der Gallenblase morsch und nekrotisch. Die zahlreichen Verwachsungen, die mit dieser Entzündung parallel laufen, führen zu Verengerungen und Knickungen des Dünndarmes und des Kolon, wodurch dann die chronischen Stuhlbeschwerden verursacht werden. Und in der Tat sind beide Fälle unter dem Bilde des Ileus erkrankt, und erst im Verlaufe der Beobachtung hat es sich herausgestellt, daß es sich um chronische Darmstenosierung handelte.

Die Therapie besteht in Exstirpation der Gallenblase, und zwar sowohl bei der totalen, wie auch bei der partiellen Nekrose. Vf. hat zwar in dem Falle von partieller Nekrose nur einen Teil der Gallenblase reseziert, mußte aber dann, wegen der entstandenen Verwachsungen und der dadurch bedingten Beschwerden nochmals operieren und löste diesmal die ganze Gallenblase aus ihren Verwachsungen aus und exstirpierte sie ganz, wobei er dann nach Herausschneiden der Gallenblase bei genauer Betastung in der Ampulle einen eingeklemmten Stein fand, welcher ohne Exstirpation der Gallenblase sicher der Wahrnehmung entgangen wäre. Vf. rät daher für die Zukunft von vornherein die totale Exstirpation der Gallenblase vorzunehmen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 22, 1903.)

Ein mit Talma'scher Operation behandelter Fall von Synechia pericardii. Von Dozent Dr. Clemens.

Bei einer 35jährigen Frau, die jahrlang mit rezidivierender Perikarditis und Concretio cordis in Behandlung stand und mehrmals Aszites mit Oedemen an den Füßen hatte, entschloß sich Vf., nachdem die interne Medikation keinen Erfolg mehr hatte, die Talma'sche Operation ausführen zu lassen.

Unter Schleieh'schen Anästhesie wurde die Bauchhöhle eröffnet und das Netz unter der Haut mit Nähten befestigt. die Patientin vertrug die Operation gut; der Aszites sammelte sich aber in kurzer Zeit wieder an, so daß wieder eine Punktion notwendig wurde; danach trat eine vorübergehende Besserung des Be-

findens ein, ohne daß eine dauernde Heilung des Aszites erzielt worden wäre. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 22, 1903.)

Die chirurgische Behandlung des akuten und chronischen Choledochusverschlusses durch Stein und Tumor. Von Prof. Dr. Kehr.

Auf Grund langjähriger Erfahrung präzisiert Vf. genau die Indikationen der chirurgischen Behandlung des Choledochusverschlusses und stützt sich dabei auf ein Material von 800 Gallensteinoperationen.

Bei akutem Choledochusverschluß ist abwartende Behandlung das einzig richtige Verfahren, weil die Steine, die den akuten Verschluß bewirken, meistens klein sind und nach einem ausgiebigen Kolikanfall abgehen oder, wenn sie auch nicht abgehen, nach einiger Zeit symptomlos liegen bleiben. Man soll daher durch Ruhe, heiße Umschläge, Eumatrol, salizylsaurer Natron und dergleichen versuchen, das Stadium der Latenz herbeizuführen.

Nur in den seltensten Fällen wird es notwendig werden, bei akutem Choledochusverschluß zu operieren, wenn der Ikterus nicht weicht und Fieber und Schüttelfröste hinzutreten und ein deutlicher Verfall der Kräfte zu bemerken ist. Im Laufe der Jahre hatte Vf. nur viermal nötig in diesem Stadium zu operieren. Bei häufig wiederkehrendem akutem Choledochusverschluß ist es notwendig, die Operation auszuführen, um dem Patienten die Lebensfreude wiederzugeben. Für einen erfahrenen Operateur ist dies eine sehr dankbare Aufgabe.

Am häufigsten tritt an den Operateur die dringende Indikation zur Operation bei chronischem Choledochusverschluß durch Steine heran. Eine Karlsbader Kur ist zwar geeignet, auch in diesen Fällen das Stadium der Latenz herbeizuführen, aber die Cholelithiasis kann sie nicht heilen; man darf daher auch hier nicht zu lange zuwarten, sonst passiert es, daß die Operation ausgeführt wird zu einer Zeit, wo bereits Cholangitis besteht und die Chancen der Heilung geringer sind. Als das geeignetste Verfahren übt Vf. jetzt die Choledochotomie ohne Naht mit Drainage des Hepatikus und rühmt dieser Methode große Vorteile nach: Die Mortalität ist geringer als bei der Choledochotomie mit Naht, die Hepatikusdrainage ist rascher zu erledigen als die Naht des Choledochus; die Hepatikusdrainage beseitigt die gewöhnlich bestehende Cholangitis leicht und ermöglicht das nachträgliche Entfernen von Steinen, welche nach den Erfahrungen des Vf. trotz der größten

Uebung in 15% der Fälle in den Gallenwegen dennoch zurückgelassen werden.

Bei dem chronischen Verschuß des Choledochus durch einen Tumor ist die Operation auch dringend angezeigt, da sie die Cholämie beseitigt und daher große Vorteile bietet. Außerdem ist es unmöglich, einen malignen Tumor des Pankreas von einer den Choledochus komprimierenden gewöhnlichen Pankreatitis chronica zu unterscheiden und bei dieser letzteren wird die Operation (Anastomose zwischen Gallenblase und Magen oder Darm) eine dauernde Heilung erzielen. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 22, 1903.)

Ueber die Bier'sche Stauung. Von Dr. Habs.

Nach den Erfahrungen des Vf., die sich auf 30 Fälle erstrecken, ist das Bier'sche Verfahren ein energisch wirkendes therapeutisches Hilfsmittel, welches verdient, Gemeingut aller Aerzte zu werden, da es sich bequem und ohne jede Gefahr, auch in der Sprechstunde ausführen läßt.

Was die Technik selbst anbelangt, so darf die elastische Binde nicht zu fest angezogen werden, da sonst auch die Arterien komprimiert werden und es zu keiner Stauung kommt. Bei richtig ausgeführter Stauung werden zuerst die oberflächlichen Venen gefüllt, dann wird die Extremität langsam bläulich, fühlt sich prall an, endlich tritt leichtes Oedem auf. Die Binde soll zur Verhütung der Atrophie nicht immer an derselben Stelle angelegt werden. Im Anfange der Behandlung läßt man die Binde bis zu 10 Stunden liegen, später immer weniger.

Die meisten Beobachtungen beziehen sich auf Gelenkstuberkulose (200 Fälle). Die schönsten Erfolge wurden bei geschlossener Tuberkulose erzielt; häufig hört schon in kurzer Zeit die Schmerzhaftigkeit auf, die Beweglichkeit kehrte wieder und es trat vollständige Restitution ad integrum ein; in anderen Fällen trat nach vorübergehender Besserung eine Verschlimmerung des Zustandes ein, welche eine Operation notwendig machte. Auch während der Stauungsbehandlung kann durch eine zweckmäßige Allgemeinbehandlung und lokale Behandlung (Injektion von Jodoformemulsion) die Heilung unterstützt werden. Bei Gelenkstuberkulose mit Fistel- und Sequesterbildung empfiehlt Vf. die Stauung nicht.

Bei gonorrhöischen Gelenksaffektionen sah Vf. rasche Besserung der Schmerzen und Aufsaugung des Exudats, es blieben aber

stets Kapselverdickungen zurück, ebensolche Besserungen traten bei chronisch-rheumatischen Affektionen auf, hingegen konnte Vf., entgegen den Beobachtungen B i e r s, bei Arthritis deformans weder Heilung, noch Besserung erzielen.

Der Anregung Ritters folgend, hat Vf. weiter sämtliche Erfrierungen seit zwei Jahren mit Bier'scher Stauung behandelt und ist mit den Erfolgen zufrieden. Die Schmerzen verschwanden schnell und in wenigen Tagen wurde die Ueberhäutung der Geschwüre erreicht.

Schließlich gelang es dem Vf. noch bei Kontrakturen, wie sie nach Traumen und Phlegmonen aufzutreten pflegen, die Wiederherstellung der Funktion rasch zu erfüllen. Er kombinierte hier die Behandlung mit Massage und mechanischer, sowie Heißluftbehandlung. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 22, 1903.)

Urologie.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Von Rovsing.

Seit dem Jahre 1893 werden von mehreren Seiten Vorschläge gemacht, die Heilung der Prostatahypertrophie auf indirektem Wege durch weniger eingreifende Operationen zu erzielen. Eine Methode nach der anderen taucht auf, wird mit Begeisterung aufgenommen, um bald darauf von einer anderen verdrängt zu werden. R. bedauert nun, daß nicht jedes der zahlreichen operativen Verfahren sein bestimmtes Indikationsgebiet zugewiesen erhalte, sondern daß die einzelnen Methoden von ihren jeweiligen Anhängern ohne Rücksicht auf den einzelnen Fall und die anderen Methoden spezialistisch ausgeführt werde. Auf Grund achtjähriger Erfahrung versucht nun Vf. nach einigen Bemerkungen über das Wesen der Prostatahypertrophie eine Indikationsstellung der diversen Konkurrenzoperationen zu geben. Von den verschiedenen Theorien über die Aetiologie der Prostatahypertrophie verwirft R. die G u y o n'sche, bestehend in der Auffassung des Leidens als Teilerscheinung einer universellen Arteriosklerose und Erklärung der Harnretention durch Arteriosklerose der Blasenwand, ferner auf Grund eigener Nachuntersuchungen an 142 Fällen die Ansicht C i e c h a n o w s k i s, die Hypertrophie sei ein chronischer Entzündungsprozeß, verursacht durch gonorrhoeische Infektion, endlich die Myombildungstheorie und schließt sich im ganzen und großen jenen Autoren an, die eine Hyperplasie des Drüsengewebes als

Grundlage des Leidens vermuten, hervorgerufen durch einen reflektorischen Versuch der Natur, die beginnende senile Insuffizienz der Drüse zu kompensieren. In diesem Sinne wird auch die Behandlung besprochen. Ueber die Bier'sche Unterbindung bei der Art. iliacae externae geht R. einfach zur Tagesordnung über, da sie auf der irrthümlichen Voraussetzung beruht, die Prostata des Mannes sei dem Uterus der Frau homolog und gleich den Uterusmyomen bei verminderter Blutzufuhr schwinden solle. In Betracht gezogen werden Katheterbehandlung, Vasektomie, Kastration, Prostatektomie, Bottini und Kystotomie. Bei mittelstarker partieller oder beim ersten Anfall einer totalen Retention zunächst Versuch einer regulären Katheterbehandlung. Diese führt wohl nicht zur Heilung, ist aber bei regelmäßig observierten Patienten ein recht zweckmäßiges Palliativverfahren. Bei Fällen mit einer größeren Menge Residualharn ist der Katheterismus nicht nur aussichtslos, sondern durch Einführung von Infektionskeimen gefährlich. Hier treten Vasektomie, eventuell suprapubische Prostatektomie (letztere insbesondere bei kystokopisch sichergestellter Hypertrophie des Mittelappens) in ihre Rechte. In das gleiche Indikationsgebiet fallen Patienten, die längere Zeit vergeblich katheterbehandelt worden sind. Bei Kystitis, Totalretention, Blutungen beim Katheterismus Kystotomie mit gleichzeitiger oder späterer Vasektomie. Bottini's Operation ergab keine guten Resultate. Zur Frage der totalen Exstirpation der Prostata auf perinealem Wege nimmt R. insoferne Stellung, als er einerseits einwendet, diese Operation sei gleich der doppelseitigen Kastration in sexueller Hinsicht hochgradig mutilierend, andererseits bei geschwächten Greisen ein allzu bedeutender und gefährlicher Eingriff. Jedenfalls soll man vor der Totalexstirpation die Vasektomie versuchen. Das Hauptgewicht legt Vf. auf möglichst frühzeitigen Beginn der einzuschlagenden Therapie. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 68, H. 4.)

Rich. Grünfeld.

Das retrograde Kystoskop. Von Schlagintweit.

S. ist es gelungen, ein Instrument zu konstruieren, welches das Uebersehen des Orificium internum, der Blasenöffnung samt dem durchtretenden blitzenden Schaft des Kystoskops direkt von hinten in der Richtung der Kystoskopachse derart ermöglicht, als ob man in der Blase stünde und die Augen nach der Harnröhrenmündung gerichtet hätte. Das Instrument gestattet ferner durch eine minimale Verschiebung des optischen Rohres jederzeit das Sehen nach

der Seite wie bei einem gewöhnlichen Kystoskop, so daß es für dasselbe keine unsichtbare Stelle der Blase mehr gibt. Die Bedeutung des Apparats liegt in der Erkennung der Konfiguration der Wülste vor der B o t t i n i'schen Operation, in der Aufsuchung der retroprostatiscben Steintrümmer nach Lithotripsie, der Sticlaufsuchung von Tumoren etc. Eine äußerst sinnreiche Spülvorrichtung vermittelt endlich eine rasche, zarte und schonende Klärung des Harns. Das Instrument (hergestellt von Reiniger, Gebbert und Schall, Berlin) ist nach Angabe des Vf. einer universalen Anwendung fähig. Bezüglich der Details wird auf die Originalarbeit verwiesen. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg., Bd. 14, Nr. 4.)

Rich. G r ü n f e l d.

Ueber Prostatitis acuta nach Furunkulose. Von S ö h n g e n.

Akute primäre Entzündung der Prostata mit Abszedierung ohne nachweisbare lokale Ursache bezeichnet man als idiopathisch und führt sie ätiologisch auf Erkältung, Ueberanstrengung, sexuelle Exzesse, Mißbrauch von Drasticis etc. zurück. Das Leiden ist selten, zumal man jetzt allgemein bestrebt ist, den Begriff idiopathisch aus unserer Terminologie ganz auszuschalten und die Quelle einer derartigen, offenbar metastatischen oder pyämischen Infektion aufzufinden. Dies gelingt nicht immer leicht, da bekanntlich die Eingangspforten der Kokkeninvasion, Furunkel, Karbunkel, Panaritien u. dgl. übersehen werden oder bereits abgeheilt sein können. S. beschreibt nun einen Fall, wo bei einem gesunden Manne, der nie an Gonorrhöe gelitten, im Verlaufe einer Furunkulose die typischen Symptome einer akuten schweren Prostatitis auftraten: hohes Fieber, Dysurie, Schmerzen im Perineum, beim Sitzen, bei der Defäkation, ausstrahlend in Penis, linkes Bein etc., dabei klarer Urin. Inzision vom Damme, Entleerung der prostatiscben und periprostatiscben Eiterhöhle, Heilung. Die Prostatitis kann also bei Abwesenheit jeglicher lokaler Ursache, bei der Identität der Krankheitserreger des primären und sekundären Herdes (*Staphylococcus pyogenes aureus*) zwanglos als hämatogene metastatische Infektion von einem Furunkel aus aufgefaßt werden, wie sie für pyämische Prozesse in anderen Organen, Osteomyelitis, Strumitis etc., wiederholt nachgewiesen wurde. Die Durchmusterung der Literatur ergab sechs ähnliche Fälle deutscher und französischer Autoren. Therapeutisch ist wegen der Gefahr einer weiteren pyämischen Metastase auf dem Wege der Blutbahn strenge Indikation zur Entleerung des Eiters am besten auf peri-

nealem Wege, auch wenn der Abszeß noch nicht bis an die Oberfläche gedrungen ist. Der quere oder leicht bogenförmige Schnitt (Z u c k e r k a n d l) zwischen Anus und Bulbus urethrae führt am leichtesten zum Ziele. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 68, 1903.)

Rich. G r ü n f e l d.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Beitrag zur Kenntnis der bösartigen Blasenmole und deren Behandlung. Von Butz.

Vf. beschreibt einen Fall von bösartiger Molenschwangerschaft aus der Hebammen-Lehranstalt zu Osnabrück, bei der im dritten Monate die Hauptmasse der Mole spontan geboren wurde. Es traten bald darauf in kurzen Pausen Blutungen auf, welche eine zweimalige Auskratzung notwendig machten und die ein Sistieren der Blutung erzielten. Das ausgekratzte Gewebe wurde von Aschoff einer mikroskopischen Untersuchung genauestens unterzogen und da keine zusammenhängende Wucherung fötaler Elemente gefunden wurde, so wurde jede Bösartigkeit ausgeschlossen. Die mikroskopische Untersuchung der Mole selbst zeigte nur rosenkranzsprossenförmige Wucherungen am Syncytium selbst. Bei der makroskopischen Untersuchung zeigten sich die Blasen selbst wenig ausgebildet, es waren vielmehr solide K öl b e h e n von zottenartigem Charakter vorhanden, wie sie Voigt bei bösartiger Mole gefunden hatte. Ein ganzes Jahr nach Ausstoßung dieser Mole ging Patientin an Lungenmetastasen in hochgradig kachektischem Zustand zugrunde. Bei der Autopsie fanden sich in der Gebärmutter und in den taubeneigroßen Knollen der Lungenmetastasen große Blutaustritte und nur hie und da verstreut die bereits oben beschriebenen rosenkranzartigen Syncytiumsprossen zum Teil in Einzelkerne aufgelöst. Eine eigentliche Tumorbildung mit schrankenloser Wucherung der zelligen Elemente fand sich also nirgends, sondern nur fortgeschleppte Syncytiumsprossen, die auch in der Lunge nur ihre physiologische Tätigkeit der Eröffnung von Gefäßen entfalteten. Auch in der Gebärmutter war nur zu sehen, daß die abgesprengten syncytialen Bänder sich in Lymphspalten und Gefäße hineinschieben. Vf. vergleicht den Befund seines Falles mit ähnlichen publizierten Fällen und kommt zu der sehr bemerkenswerten Ansicht, daß das Wesentliche in der Erkrankung der Gebärmutter nicht in den fötalen Elementen liege. In ersterer liegt der Grund

der Molenbildung und in diesem krankhaften Zustand sei sie nicht in der Lage, der Einwanderung fötaler Elemente den nötigen Widerstand entgegenzusetzen. Vf. hält an der fötalen Herkunft des wuchernden Syncytiums fest, verlegt jedoch, wie Veit und Kolbmann, den Schwerpunkt der Erkrankung nach der Mutter. Nach der Ansicht des Vf.s ist durch jede Blasenmole die Möglichkeit gegeben, unter Umständen zu einem bösartigen Prozesse zu führen. Vf. schlägt deshalb vor, in allen Fällen von Blasenmole ohne Ausnahme 10—14 Tage nach der Ausstoßung derselben ein Probe-urettement vorzunehmen behufs Sicherstellung, ob ein tiefes Einwuchern fötaler Elemente in die Gebärmutterwandung stattfindet. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 64, H. 1.) Königstein.

Neugeborenes lebendes Kind von hohem Gewichte. Von Pfeifer.

Es handelt sich um eine VIIIpera. Die letzte Periode war vom 6. bis 9. Oktober 1898. Auffallend großer Bauch, der Umfang betrug 120 cm. Das Becken von normaler Beschaffenheit. Der Beginn der Wehen am 10. Juli 1899. Die Geburt am 11. Juli. Dieselbe verlief vollkommen normal. Das Neugeborene weiblichen Geschlechtes zeigte eine ungewöhnliche Größe. Das Körpergewicht betrug 6600 g, übertraf also bei weitem den bisher geleisteten, in der Literatur bekannten größten Rekord um 500 g. Die Körperlänge betrug 55·5 cm, der Kopfumfang 37 cm. Das Gewicht der Placenta 2150 g. Alle früher geborenen Kinder waren sehr groß und wiegt eine 16jährige Schwester 82 kg. Der Vater des Neugeborenen hat eine Körperlänge von 169 cm und wiegt 69 kg. Die Mutter ist 175 cm lang und wiegt 72 kg. — (Orvosi hetilap Nr. 33. 1901.) Königstein.

Ueber Behandlung der Retroflexio uteri. Von P. Fumey.

Vf. bespricht vorerst die normale Topographie der Gebärmutter, die topographischen Veränderungen während der Gravidität, weiters die pathologischen Lageveränderungen, besonders die Retrodeviationen und deren Behandlungsweisen und ist der Ansicht, daß das Bestreben des Gynäkologen bei der Behandlung einer Lageveränderung darin ihren Gipfelpunkt erreicht, die falsche Lage derart zu korrigieren, daß sie der Norm entspricht und so die Bedingungen zur Konzeption und Austragung der Frucht wiedergegeben sind. Ist der Uterus mobil, dann gelingt die Aufrichtung leicht und kann die normale Lage desselben durch ein richtig gewähltes Pessar fixiert werden. Anders liegen jedoch die Verhältnisse, wenn

entzündliche Veränderungen der Ligamente und Adnexe vorliegen, welche häufig eine Folge der Retrodeviation des Uterus sind und die mit der Zeit eine totale Immobilisierung der Gebärmutter verursachen können. Wo solche entzündliche Veränderungen bestehen, müssen sie vorerst beseitigt werden und gelingt dies nicht auf konservativem Wege, so muß der von Fall zu Fall geeignete operative Weg eingeschlagen werden. Ueber die abdominale Hysteropexie, die den Uterus zwar in anteflectierter Lage fixiert, spricht sich der Vf. abfällig aus, weil die auf diese Weise erzielte Lage der Gebärmutter nicht physiologisch ist und während der Schwangerschaft und Geburt die unangenehmsten Komplikationen verursachen kann. Wenn überhaupt zur Anwendung gebracht, ist sie nur in solchen Fällen zulässig, wo eine spätere Schwangerschaft vollkommen ausgeschlossen ist. Handelt es sich um noch zeugungsfähige Frauen, dann empfiehlt Vf. die Methode von Doléris, welche die oben angeführten Nachteile nicht hat. Das Wesen derselben besteht in der abdominellen Verkürzung der runden Mutterbänder und wird in folgender Weise ausgeführt: Nach Eröffnung des Abdomens werden die Adhäsionen gelöst und der Uterus aufgerichtet. Hierauf werden die Ligamenta rotunda aufgesucht und im unteren Wundwinkel der Bauchwunde fixiert, worauf die Bauchhöhle geschlossen wird. Auf die Weise wird der Uterus durch seine physiologischen Bänder in normaler Lage beweglich gehalten und während einer eventuellen Schwangerschaft in seinem Wachstum nicht behindert. — (Thèse de Paris. G. Steinheil, 1901.)

K ö n i g s t e i n.

Zwei Fälle von Melaena neonatorum mit Gelatineserum behandelt. Von Commandeur.

Vf. berichtet über zwei Fälle von Melaena neonatorum, die mit Injektionen von Gelatineserum in den Mastdarm behandelt wurden. Im ersten Falle handelte es sich um ein Kind, das in Steißlage geboren wurde und 2580 g wog. Am zweiten Tage bemerkte man beim Abgang des Mekoniums eine ziemlich beträchtliche Beimengung von Blut. Aus diesem Grunde wurden 7 cm³ Gelatineserum in den Mastdarm injiziert, worauf keine Blutung mehr auftrat. Das Kind mußte wegen seiner schwächlichen Beschaffenheit in die Couveuse gebracht und dorten gefüttert werden. Die Temperatur betrug anfangs 35·8, erreichte jedoch am sechsten Tage dauernd 36·7. In den ersten Tagen verlor es 300 g an Gewicht, nahm aber dann in wenigen Tagen bis zum Abgang aus der Anstalt wieder an Gewicht zu. Im zweiten Falle handelte es sich

ebenfalls um ein Kind, das in Steißlage geboren wurde und bei welchem am dritten Tage in der Entleerung reichlich schwarzes Blut vorhanden war, wobei eine Temperatur von 36.8 vorhanden war. Es wurden 8 cm³ Gelatineserum in das Rektum injiziert, worauf die Blutung sistierte und eine gute Gewichtszunahme zu konstatieren war. — (Lyon med. 1902.) K ö n i g s t e i n.

Ueber wiederholte Extrauterin-Schwangerschaft. Von Martin.

Vf. berichtet über seine Beobachtungen, nach welchen die Möglichkeit wiederholter Extrauterin-Schwangerschaften bei ein und derselben Frau vorhanden ist. Die zweite Extrauterin-Gravidität tritt gewöhnlich in der anderen Tube auf, doch daß dies nicht immer der Fall zu sein braucht, beweist ein von Morfit beschriebener Fall, wo die zweite Extrauterin-Gravidität sich in dem Tubenreste der bei der Operation der ersten Extrauterin-Gravidität bloß zum Teil entfernten Tube angesetzt hatte, ferner die Beobachtung von Taylor, wo man an der infolge von Tuben-Gravidität entfernten Tube deutlich die Narben einer früher geplatzten Tuben-Gravidität konstatieren konnte. Weiters hat Vf. beobachtet, daß zwischen der ersten und zweiten Extrauterin-Gravidität eine Schwangerschaft normal verlaufen kann. Was die Diagnose der Extrauterin-Gravidität betrifft, so ist dieselbe nur dort mit Sicherheit zu stellen, wenn man in der Lage ist, in dem entfernten Tumor einen Fötus oder Deciduazellen und Chorionzotten nachzuweisen. — (Thèse de Paris, Michalon 1902.) K ö n i g s t e i n.

Dermatologie.

Ueber Lupusbehandlung.

In der allgemeinen Hast nach der Auswertung der Lichtbehandlung wird das Interesse für die medikamentöse Beeinflussung der fressenden Flechte immer mehr in den Hintergrund gedrängt und nur sporadisch sieht man den einen oder anderen Fachmann für die altbewährten oder neueren chemischen Hilfsmittel eine Lanze brechen. So hat die neuerdings von Hallopeau warm empfohlene örtliche Applikation konzentrierter Lösungen von Kaliumpermanganat, sowie die Aufstreuung der pulverisierten Substanz auf die vorher mit Ichthyolseife gewaschene und gut abgetrocknete Lupusfläche, nur in sehr vereinzeltten Versuchsreihen eine Wiederholung erfahren. Desgleichen ist die von Lang als „Inundationsmethode“ bezeichnete Subli-

matdurehtränkung des infiltrierten Gewebes zu keiner allgemeinen Erprobung gelangt. Bekanntlich besteht dies letztere Verfahren darin, daß mittels Pravazspritze eine Sublimatlösung wie bei der Scheich'schen Anästhesierung in die Umgebung und unter die Basis des lupösen Herdes, sowie in diesen selbst injiziert wird. Um das Austreten der Flüssigkeit aus dem durchtränkten Gewebe zu verhindern, ist Verschorfung mit Paquelin oder dem Luftbrenner anzuschließen. (Lehrb. d. Hautkrankh.)

Ein topisch-medikamentöses Verfahren, das am ehesten noch einen weiteren Anhang gewinnen dürfte, weil es ganz zweckmäßig die Phototherapie zu unterstützen, resp. zu ergänzen vermag, stellt die von Unna 1888 angegebene Spickmethode dar, welche dann einzugreifen hat, wenn es sich um isoliert stehende Knötchen handelt, hauptsächlich also, wenn Reste eines schon behandelten Lupus oder Rezidive in Frage kommen. Diesen Eingriff unterzieht neuerdings Richter (Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. 35) einer eingehenden Ueberprüfung. Das seinerzeit von Unna empfohlene Holz der Weißbuche ließ sich hierbei ebenbürtig durch Rotbuche ersetzen. Beide Holzarten dringen nur schwer in gesundes oder Narbengewebe, dagegen bequem in das Lupusknötchen ein. Gleichzeitig besitzen sie die relativ größte Aufsaugungsfähigkeit. Nachdem die nekrotischen Pfropfen der mit Liqu. stibii chlorati zerstörten Knötchen ausfallen, legt R. in die Höhlung ein mit Liqu. stibii chlorati getränkte Wattebäuschchen und bedeckt die behandelte Stelle mit Pflaster. Nach drei bis vier Tagen waren rundliche, bis zu hellergroße Scheiben von mindestens 5 mm Dicke ausgefallen. Mit Sublimat-Bleiwasserverband vernarben die Stellen schnell. Um die immerhin im Gesichte beträchtlichen Schmerzen zu verringern, ist die Anwendung von 33% Orthoformwatte zu empfehlen. Kleine Kügelchen dieser Watte werden in die gesetzten Höhlungen gebracht und nach etwa einer Viertelstunde mittels eines zugespitzten Glasstabes mit je ein bis zwei Tropfen Liqu. stib. chlorat. getränkt. Bei empfindlichen Patienten, besonders an der Nase und in der Nähe der Augen, dürften die Dornen von Stachelbeeren den Vorzug haben, diese nehmen, selbst wenn sie 24 Stunden in der Aetzflüssigkeit liegen, nur wenig von derselben auf und nekrotisieren daher das Gewebe nur in geringem Umkreise; zweitens lassen sie sich bei ihrer Härte leichter ins Gewebe einstechen.

Die sonst noch in neuerer Zeit befürworteten chemischen, lokal wirkenden Heilmittel gehören der Gruppe der desinfizierenden

Verbindungen an und vermögen nur insgesamt den Abstockungs-, resp. Reinigungsprozeß bei den ulzero-krustösen Lupusformen zu unterstützen.

W. Sca t c h a r d tritt für die Formalinbehandlung ein, wozu ihn der günstige Erfolg ermutigt, den er bei einer seit 18 Monaten an der Flechte leidenden Patientin erzielen konnte. Nach gründlicher Entfernung der Borken, erfolgten Einpinselungen von Formalin (40% Formaldehyd) mit Glycerin zu gleichen Teilen, nachdem die Stellen zirka eine Stunde vorher mit Orthoform, zur Verringerung der Schmerzhaftigkeit bestreut wurden. Nach 14 Tagen war eine feste Benarbung der Defekte erfolgt. Nach dem auch bei anderen Behandlungsmethoden registrierten rezidivfreien Intervall, kam es jedoch trotz dieser Applikation zu neuerlicher Knötcheneruption etwa neun Monate später, im Anschlusse an einen heftigen Bronchitisanfall. Diesmal soll eine zehntägige Behandlung mit Formalin ausgereicht haben, um die Infiltrate dauernd zum Schwinden zu bringen. Wünschenswert wäre es nur, daß sich dieses zweifellos sehr energisch desinfizierend wirkende Medikament auch in den Händen anderer Praktiker ähnlich bewähren möchte, wozu wir allerdings nicht zu viel Vertrauen haben.

Kein höherer als einfacher Desinfektionswert ist auch dem von C h. H. G u n s o n verwendeten Wasserstoffsperoxyd in Form des S p r a y s zuzusprechen. Auf die Lupusgeschwüre werden bei diesem Verfahren täglich die feinerstäubten H_2O_2 -Partikelchen aufgestäubt, die Granulationsbildung und Epithelisierung soll dadurch gefördert werden, die resultierende Narbe von fester Beschaffenheit sein und habe nicht die Tendenz, bei der geringsten Reizung wieder aufzubrechen. Ist die Granulationsbildung zu stark, so ist vorher eine Auskratzung vorzunehmen. Auch bei tuberkulösen Abszessen, die nach ihrer Entleerung mit Wasserstoffsperoxyd behandelt wurden, will Vf. diese günstige Wirkung, besonders auf die Granulationsbildung, bewirkt haben. — (British. Med. Journ. Febr. 1902.)

Einer weiteren Reihe von vorgeschlagenen örtlichen Mitteln ist nur eine präparatorische Bedeutung für die einzuleitende Lichtbehandlung reserviert. Zu diesem Zwecke empfiehlt N o r m a n W a l k e r auf die erkrankten Stellen reine oder verdünnte Karbolsäure einwirken zu lassen. In wenigen Tagen tritt starke Reaktion ein und die affizierte Partie schwillt an, und es entsteht eine Ulzera-

tion, die, gleichwie die Infiltration, dann leicht unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen schwinden sollen. (Scottish Journ., May 1902.)

Um die Anämisierung der exponierten Lupuspartie für die Dauer der Röntgensitzung zu erhöhen, bedient sich W. A. J a m i e s o n (Brit. med. Journ., Juni 1902) des Adrenalis in Lösung 1 : 1000, die für 10 bis 15 Minuten mit einem gut saugenden Wattetampon auf die zu behandelnde Stelle appliziert wird. Obwohl ein deutliches Ablassen der Haut nur in der Umgebung des Bezirkes zustande kommt, will J. bei Anwendung der Adrenalinlösung doch ein rasches Eintreten der erythematösen Reaktion bei der Röntgenbestrahlung beobachtet haben, ebenso eine gesteigerte Neigung zur Blasenbildung, sowie beschleunigte Abflachung und Obliteration des Lupoms.

In wirksamer Weise ist P i f f a r d bemüht, die vasokonstrictorische Eigenschaft des Adrenalis der Strahlenbehandlung nutzbar zu machen, indem er dasselbe mittels Kataphorese in die erkrankten Partien eintreibt. Nach fünf Minuten soll sich im behandelten Gebiete eine perfekte Ischämie einstellen, die eine halbe Stunde hindurch anhält. (New-York. Derm. Soc. Febr. 1903.)

Die von F i n s e n verbreitete Statistik, welcher zufolge die Bogenlichtbehandlung des Lupus ein Heilungsprozent von 85 aufzuweisen hat, bewerkstelligt die rührigste Propaganda für dieses Verfahren, dem leider immer noch der besonders hohe Preis des Instrumentariums, gleichwie die beträchtlichen Betriebskosten die allgemeine Verwendung verstellen. Auch die ungemein protahierte, viele Monate erfordernde Behandlungsdauer kann der allgemeineren Einbürgerung dieser Methode ebenso wenig dienlich sein, als dem bereits in eingeschränkterem Maße herangezogenen Röntgenverfahren.

Einer wesentlichen Vereinfachung scheint die Lichtbehandlung in dieser Hinsicht durch die Einführung der E i s e n e l e k t r o d e n l a m p e n entgegen zu gehen, welche letztere heute bereits in ziemlich exakter Ausstattung und mit bescheideneren Kosten erreichbar sind. Von diesen wären die Kjeldsenlampe, das Instrument von B a n g, das Eisenkohlenlicht S t r e b e l s, sowie die neueren Instrumente der Berliner S a n i t a s g e s e l l s c h a f t anzuführen.

Die Wirksamkeit des E i s e n l i c h t e s auf die Haut, speziell auf die lupöse Erkrankung derselben, hat K r o m a y e r in einer umfangreichen Untersuchungsserie erprobt und gelangt hierbei zur

Anschauung, daß der Einfluß dieses mächtigen Agens sich prinzipiell nicht von der des Kohlenlichtes unterscheidet. Um das Eisenlicht therapeutisch brauchbar zu machen, sei es nötig, den Reichtum seiner kurzwelligen, ultravioletten Strahlen zu vermindern. Dies konnte Kr. durch Filtration des Lichts durch Farblösungen erreichen, doch glaubt er, daß das erzielte „blaue Eisenlicht“ nur eine Etappe weiterer Verbesserungen der Lichtbehandlung darstellen wird.

Von sieben Fällen, deren Krankengeschichte mitgeteilt ist, war in einem Falle absolut negatives Resultat aufzuweisen, es hatte sich da um einen sehr rasch fortschreitenden Lupus gehandelt und konnte wegen unregelmäßigen Erscheinens der Patient nicht systematisch exponiert werden. Bei vier Fällen wurde eine deutliche Besserung erreicht, die indessen nicht zur Heilung führte, obgleich intensiv und lange belichtet wurde; während für den Rest über das Heilergebnis nicht geurteilt werden kann, da die Behandlung äußerer Umstände halber frühzeitig abgebrochen werden mußte. Der beste Erfolg war noch in einem Falle von Lupus hypertrophicus eingetreten, dessen gefäßreiches Granulationsgewebe aber von Haus aus die beste Tendenz zur Einschmelzung und Umwandlung in junges, fibrilläres Bindegewebe aufzuweisen hat.

In Uebereinstimmung mit F i n s e n s jetziger Anschauung, nimmt Kr. an, daß der wesentliche Heilfaktor des Lichtes in der eigenartigen stimulierenden Wirkung desselben auf lebendes Gewebe beruht, eine Wirkung, die für uns sichtbar als leichte Entzündung oder Erythem in Erscheinung tritt. Bei bisher fehlendem anderen Maßstabe muß daher vor der Hand das Erythem als Indikator dafür gelten, daß die Wirkung des Lichtes auf das Gewebe einen genügenden Grad erreicht hat. Diesbezüglich ließ sich für das reine Eisenlicht feststellen, daß mit der Höhe der Ampèrezahl, mit der die Eisenlampe brannte, diese Zeitdauer sich verringerte, daß also die chemische Intensität des Lichtes mit der Ampèrezahl und zwar ziemlich proportional wächst.

Nach dieser Feststellung hat Kr. stets mit einer Ampèrezahl von 14—15 gearbeitet. Weiters ließ sich feststellen, daß bei Anwendung von Methylenblaulösungen, welche in der gleichzeitig als Kompressorium benützten Quarzkammer untergebracht waren, die zur Erzeugung eines Erythems notwendige Belichtungsdauer mehr als proportional wächst.

Die Experimente wurden mit der von der Sanitasgesellschaft hergestellten „Tripletlampe“ angestellt, welche als Modifikation der Dermolampe, für Elektroden aus Eisen, Kohle und beiden zusammen brauchbar ist. Der Apparat weist vielfache Aehnlichkeit mit jenem von L o r t e t - G e n o u d auf: durch Wasserzirkulation kühlbarer Schutzschirm, der eine Oeffnung zur Aufnahme der Quarzkammer trägt, welche von der Methylenblaulösung durchspült und direkt auf die Haut appliziert wird. Nach hinten ist der Schirm offen zur Aufnahme der Elektroden, die durch sinnreiche Mechanismen nach allen Seiten hin verstellbar und leicht auszuwechseln sind.

Die therapeutischen Erfolge, resp. Mißerfolge wurden erzielt bei Applikation konkaver oder konvexer Drucklinsen und schwachen Strömen 5—7¹/₂ Amp. Späterhin bei Anwendung starker Ströme 14—14 Amp. und einer Spülkammer, in der die Farblösung zirkuliert (Methylenblau 8 : 100.000).

Die möglichen Verbesserungen könnten sich nach K r o m a y e r zunächst auf die Lichtquelle und die Art und Weise erstrecken, die kurzwelligen, ultravioletten Strahlen auszusperren. Die Lichtquelle ist umso besser, je mehr blaue, violette und langwellig ultraviolette Strahlen sie besitzt. In dieser Beziehung scheinen die Arbeiten von S t r e b e l schon von Erfolg begleitet zu sein, der Elektroden aus Eisenpulver und Kohlenpulver zusammengesetzt hat, deren photochemische Wirkung doppelt so stark, wie die der Eisenelektroden sein soll. Als das eigentliche Ziel aller Abänderungs- und Verbesserungsvorschläge ist aber die möglichste E i n g u n g der Belichtungszeit zu betrachten. (Dermatol. Zeitschr., Nr. 2, 1903.)

Die Gewebsbeeinflussung des Lupoms durch das F i n s e n - Licht ist aus einer Untersuchungsserie von E. S c h m i d t und B. M a r e u s e zu entnehmen, die drei alte Fälle von nicht exulzeriertem, nach der Bestrahlung in ringförmigem Umfang von Blasen besetzten Lupus mikroskopisch durchforschten. Danach bewirkt eine einmalige Bestrahlung Mangel der Kernfärbung an den Epidermiszellen und der Epitheloidzellen, überall Einwanderung polynukleärer Rundzellen in die Epidermis, Bildung von interspinalen Hohlräumen. Auch die Kutis weist polynukleäre Leukozyten zwischen vereinzelt unmitelbar unter der Epidermis gelegenen Epitheloidzellen auf. Der Lupusherd selbst erscheint im ganzen noch unverändert, dies gilt besonders von den noch er-

haltenen Riesenzellen, die neben den einkernigen Rundzellen zu den widerstandsfähigsten des Lupusknötchens gehören.

Nach mehrmaliger Bestrahlung exzidierte Lupushaut zeigt neugebildete Epidermis, stellenweise leicht ödematöse, stark verbreitertes Stratum granulosum. Dicht unter der Epidermis befindet sich relativ zellarmes, junges Narbengewebe, dem die elastischen Fasern gänzlich fehlen. Weiter in der Tiefe bemerkt man von der Lichtbehandlung noch unbeeinflusste Lupusherde in Form von dichteren Anhäufungen mononukleärer Rundzellen.

Eine Verallgemeinerung ähnlicher Befunde müßte das in die Lichtbehandlung gesetzte Vertrauen bedeutend erschüttern. Die superfizielle Benarbung, gleichwie die Anregung einer entzündlichen Reaktion in den oberen Schichten der spezifischen Infiltrate, ermöglichen auch die meisten kaustisch, respektive reduzierend wirkenden Mittel, die allher, leider mit nur mangelhaftem Erfolg gegen den Prozeß ins Feld geführt wurden. Die Wirkung der Lichtwärmestrahlen sollte aber — laut den physikalischen Experimenten — in einer Stoffwechsell-erhöhung, in Anregung der Gewebefunktion und der Gewebsneubildung, in Steigerung des Hämoglobingehaltes des Blutes, in der Abtötung von Bakterien etc. bestehen. Ehe alle diese Faktoren indeß wirklich vereint ihr kuratives Vermögen äußern dürften, wird das Studium der Lichtwirkung noch manche Fortschritte erfahren müssen, so daß wir in diesen langsam vorwärtsschreitenden Entwicklungsphasen eines in seiner Wirkung kaum ergründeten Heilverfahrens, es doch für ratsamer halten, bei jener erprobten Methode standzuhalten, die dort, wo sie zur Anwendung gebracht werden kann, niemals fehlschlägt und stets einen radikalen Dauererfolg sichert — das ist die Exstirpation der Krankheitsherde und nachträgliche Deckung der Defekte mit Epidermislamellen. N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Eine neue Behandlungsmethode der Gonorrhö. Von A. Marcus.

Die Idee dieser neuen Methode gipfelt in der bekannten Tatsache, daß der Gonococcus höheren Temperaturen gegenüber sehr wenig widerstandsfähig ist. Es handelte sich nur um die Konstruk-

tion eines Instrumentes, welches geeignet wäre, die genau dosierbare und regulierbare, an der ganzen Oberfläche des Instrumentes gleichmäßige und beliebig lange auf gleicher Höhe zu erhaltende Temperatur der erkrankten Schleimhaut mitzuteilen. Diese Aufgabe hat der Autor mit seinem „Schleimhautwärmer“ gelöst. Er besteht im wesentlichen aus einer Metallhülse, in welcher sich ein Heizdraht und ein verschiebliches Thermometer befinden, letzteres gestattet jederzeit die Ablesung der Temperatur aus jedem Teile der Metallhülse. Der Heizdraht steht unter Zwischenschaltung eines Rheostaten mit dem Akkumulator oder einer Batterie in Verbindung.

Die Anwendung geschieht derart, daß das desinfizierte und eingölte Instrument — am bequemsten bereits auf Körpertemperatur geheizt — in die vorher durch Urinieren vom Sekrete befreite Urethra eingeführt und nun in langsamem Ansteigen (in je zwei Minuten um 1°) auf Temperaturen von 45—58° gebracht wird, die man zuerst kürzer, dann länger ($1\frac{1}{2}$ —1— $1\frac{1}{2}$ Stunden) einwirken läßt. Die Erscheinungen gehen hierbei gewöhnlich im Verlauf weniger Tage vollständig zurück, und zwar so, daß bereits nach einmaliger Anwendung sofortige starke Linderung aller subjektiven Beschwerden eintritt und auch objektiv Verringerung der Sekretion und Abnahme der sonstigen Entzündungserscheinungen zu konstatieren ist. Die durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur Heilung beträgt in zirka 20 behandelten Fällen im Mittel acht Tage. Der Autor glaubt aber, selbst diese kurze Zeit noch herabsetzen zu können. — (Dermat. Zeitschr., Bd. 9, H. 4.) D.

Ein schweres, spät eintretendes Quecksilberexanthem nach zwölf Einreibungen mit grauer Salbe. Von Dr. P. Thimm.

Eine bisher unbehandelte, 24jährige Frau mit Papeln an Genitale und Residuen eines vorausgegangenen Exanthems erhielt im ganzen zwölf Einreibungen à 3·0 g Resorbinquecksilber. Die Einreibungen wurden ausgesetzt, weil sich eine leichte Stomatitis und ein geringes Erythem an den Beugeseiten der Extremitäten gezeigt hatte. Da die manifesten Lueserscheinungen geschwunden waren und die Frau am Ende der Schwangerschaft stand, wurde trotz Abheilung der Stomatitis und des Erythems von der Weiterbehandlung Abstand genommen. Zwei Tage nach der Entbindung, die 16 Tage nach der letzten Einreibung stattfand, trat eine universelle diffuse Rötung der Haut auf, und im weiteren Verlaufe bot der größte Teil der Körperhaut das Bild einer nässenden

Ekzemfläche dar, die Kopfhaut erschien mit dicken gelben Krusten besetzt, an den Handflächen und Fußsohlen, an den Oberschenkeln, Unterarmen u. s. w. große matsche Blasen. Das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt, Temperatur 39·2. Allmählich trat eine Verkleinerung der nässenden Flächen ein, es begann, obwohl hie und da noch einzelne Blasen auftauchen, eine großblättrige Abschilferung, und hauptsächlich auf diese letztere Erscheinung stützt der Autor seine Diagnose des Quecksilberexanthems.

Nach einigen Wochen verließ die Kranke geheilt die Anstalt: es zeigte sich aber neuerlich ein Erythem, als sie an ihrem Kinde — nur ein einzigesmal — eine Einreibung von 0·5 g Quecksilbersalbe vorgenommen hatte. Später wurden wegen eines Syphilisrezidivs an der Kranken Injektionen von schwachen Sublimatlösungen vorgenommen, wobei sich wohl anfangs ein leichtes Erythem zeigte, das aber trotz Fortsetzung der Behandlung schwand.

Das späte Eintreten dieser Erscheinungen will Th. auf eine plötzliche übermäßige Resorption des in den Körper eingeführten Quecksilbers zurückführen, nur scheint die Erklärung, die bei Anwendung unlöslicher Präparate von selbst gegeben ist, für die Einreibung etwas gezwungen; denn hier soll das bereits aufgenommene und in den einzelnen Organen (Leber, Milz, Lunge, Knochen) abgelagerte Quecksilber neuerdings plötzlich zur Resorption kommen. Trotz der bestätigenden Momente, wie sie in den später bei neuerlicher Quecksilberdarreichung auftretenden Erythemen gegeben erscheinen, hätte der Autor doch, wie wir meinen, der Erwägung eines eventuellen septischen Exanthems näher treten sollen, und dies umso mehr, da es sich ja um eine Erkrankung im Wochenbette handelte. — (Dermatol. Zeitschr., Bd. 9, II. 6.) D.

Lichttherapeutische Spezialitäten und neue Lichtgeneratoren.
Von H. Strebel.

Die Heilung der Gonorrhöe durch Licht wäre wirklich eine Spezialität. Diesem Problem hat der Autor sein Augenmerk zugewendet, indem er die günstigen Einwirkungen der Finsen-Behandlung auf gonorrhöisch erkrankte Schleimhaut übertragen möchte. Nach manchen Versuchen, durch die Bestrahlung von außen her eine Tiefenwirkung zu erzielen, sucht er das Licht direkt in die Urethra zu senden; hiezu dient ihm anfänglich ein sondennähliches Instrument, in welchem er elektrisches Glimmlicht zu erzeugen imstande war. Diese Sonde ist ein 7 mm dickes Glasrohr, dessen äußeres Ende eine kugelige Auftreibung besitzt und das den

positiven und negativen Pol in Form von Aluminiumdrähten enthält; zur Erzeugung des Lichtes dient ein Induktor von 10—20 cm Funkenschlagweite. Ist der Apparat im Gange, so leuchtet das Rohr in seiner ganzen Länge auf. Es muß sich leicht und ohne Widerstand bis in die Pars prostatica vorschieben lassen, da das aus Glas gefertigte Instrument vor der Gefahr des Zerbrechens nicht geschützt ist. Das Instrument wird täglich oder jeden zweiten bis dritten Tag eingeführt und bleibt bis zu einer Stunde liegen. Der Autor glaubt in allen Fällen Besserung, in einzelnen Aufhören der Symptome erzielt zu haben; es muß betont werden, daß sich die Behandlung ausschließlich auf schon vielfach behandelte chronische Gonorrhöen erstreckte.

Eine zweite Methode, wobei es sich um die Erhöhung der Lichtenergie handelt, betrifft die Einführung des „Hochspannungsfunkenlichtes“; für diese Behandlung sind weitere Schleimhautkanäle, Vagina, Rektum besser geeignet.

Die letzten Versuche beschäftigen sich damit, das von einer außerhalb des Körpers befindlichen Lichtquelle erzeugte Licht mittels Reflektors, bezw. nach vorausgehender Konzentration durch Linsen, mittels Urethralrohres in die Tiefe zu leiten. Natürlich dürfen hierbei nicht zu heftige Wirkungen in der Urethra erzielt werden; diesen Zweck sollen die eigens konstruierten Lampen des Autors erfüllen, die, mit entsprechenden Kühlern versehen, sowohl den Operateur, als auch den Kranken vor Brennwirkungen schützen. Ueber Erfolge berichtet der Autor vorderhand eigentlich nicht, er ist auch so anspruchslos, nichts zu verlangen, als das Zugeständnis, die Gonorrhöebehandlung durch Licht diskussionsfähig gemacht zu haben. — (Dermat. Zeitschr., Bd. 9, H. 6.) D.

Ueber eine bei Syphilitischen vorkommende Reaktion der Zungenschleimhaut auf Quecksilber und ihren diagnostischen Wert bei latenter Lues. Von E. Baroeh.

Den Gegenstand der vorliegenden Publikation bildet eine zufällig beobachtete Erscheinung. Ein luetischer Kollege (Alter der Erkrankung fast 2 Jahre) akquirierte Pediculi pubis, die, anfangs übersehen, sich über den ganzen Körper verbreiteten, weshalb der Kranke eine Inunktion des ganzen Körpers mit grauer Salbe (60:0) vornahm. Am nächsten Tage zeigte sich die Zunge speckig belegt, geschwellt, schmerzhaft, mit 8—10 zirka fünfzigpfennigstückgroßen, im Zentrum geröteten, an der Peripherie mit einem serpiginösen, milchig getrübbten Ring umgebenen Plaques bedeckt, die

an manchen Stellen konfluieren. Nach einem Seifenbad sind am nächsten Morgen die Erscheinungen geschwunden. Eine an diesem Tage zur Vorsicht (!) nochmals vorgenommene Einreibung von grauer Salbe hatte keinen weiteren Erfolg.

Der Autor versuchte nun die gleiche Reaktion an vier Kranken, die sämtlich früher an luetischen Mundaffektionen gelitten hatten und deren Syphilis 1--3 Jahre alt war. In all diesen Fällen traten nach Anwendung von 10·0 g grauer Salbe Plaques an der Zunge auf.

Für diese an fünf Individuen beobachtete Erscheinung versucht der Autor eine ziemlich weitschweifige, aber wenig überzeugende Begründung und empfiehlt die Anwendung in zweifelhaften Fällen zur Sicherung der Diagnose. Natürlich müsse erst eine nach Hunderten zählende Anzahl vorgenommener Reaktionen die Sicherheit der Probe erweisen, und ebenso sei anzunehmen, daß nicht alle Luetiker auf diese Probe reagieren würden (es bleibt also schließlich nicht viel von dem übrig, wozu sie dienen soll; auch scheint die Gefahr einer Quecksilberintoxikation für den Autor nicht zu existieren). Die ganze Reaktion stellt B. in eine Linie mit der Herxheimer-Krause'schen Beobachtung des Deutlicherwerdens von Exanthenen unter der Einwirkung der ersten Quecksilberdosen. — (Allg. Medic. Zentralztg. Nr. 7, 1903.) D.

Zur Wirkung der Balsamica. Von R. Winternitz.

Die Erforschung der Bedeutung der Balsamica hat den Autor bereits zu wiederholtenmalen beschäftigt. Gelegentlich seiner Versuche über die entzündungswidrige Wirkung ätherischer Oele fielen ihm die hohen toxischen Eigenschaften dieser Stoffe, die sich bei kleineren Versuchstieren äußerten, auf, Eigenschaften, für welche auch bei der Autopsie kein sicherer Erklärungsgrund aufgefunden werden konnte. Wohl aber lassen sich Analogien zwischen dieser Wirkung auch bei der Verabreichung an Menschen beobachten, so die Magen-Darmercheinungen, die beim Menschen als Appetitstörungen, zeitweiligen Stuhlverstopfungen, im Tierexperiment als völliges Aufhören der Freßlust in Erscheinung treten, weiters Reizerscheinungen von Seiten der Nieren, geringe Eiweißausscheidungen, Auftreten von Blut im Harn.

Bezüglich der therapeutischen Wirkung der Balsamica bildet ein Teil der vorgenommenen Versuche gewissermaßen eine Korrektur der früheren Resultate des Autors, insoferne, als die unter allen Kautelen vorgenommenen Experimente zwar noch immer die

entzündungswidrigen Wirkungen der Balsamica hervortreten ließen, jedoch bei weitem nicht in so hohem Grade, als es die älteren Versuche wahrscheinlich machten, so daß sich dieser Einfluß der Balsamica keineswegs als *sicher* hinstellen läßt. Dagegen ist die diuretische Wirkung über allen Zweifel erhaben, und darin scheint der günstige Einfluß zu liegen, der ihnen beim gonorrhöischen Prozeß nicht abzusprechen sei. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 65, H. 3.)

D.

Kinderheilkunde.

Die Erfolge der Serumbehandlung des Scharlachs an der Universitäts-Kinderklinik in Wien. Von Th. Escherich.

Bei der Herstellung des Scharlachserums ging Moser von der Erkenntnis aus, daß die aus dem Herzblut frischer, unkomplizierter Scharlachfälle gezüchteten Streptokokken als Erreger der Krankheit zu gelten haben; ihre Spezifität suchte er mit Erfolg durch die Beeinflussung des Scharlachprozesses selbst zu erweisen, indem er die direkt erhaltenen, respektive nur auf künstlichem Nährboden fortgezüchteten Kokken (abweichend von früheren Versuchen zur Gewinnung eines wirksamen Streptokokkenserums) zur Immunisierung der Pferde und Gewinnung des Serums verwendete. Das so erhaltene Serum ist ein polyvalentes, es ist durch gleichzeitige Injektion mehrerer Streptokokkenstämme hergestellt, ein wertvoller Faktor, wenn man bedenkt, wie sehr die erhaltenen Streptokokken nach ihren morphologischen Einzelheiten und die Epidemien in ihrem Charakter variieren.

Die Zahl der gleichzeitig injizierten Kulturen beträgt 10—20 in Mengen von 1—500 und mehr Kubikzentimetern ansteigend, die Dauer der Injektionen za. 7—8 Monate. Eine annähernde Beurteilung der Valenz des Serums gestattet vielleicht dessen Agglutinationsvermögen auf die verwendeten Streptokokken.

Das Serum kommt in der Normaldosis von 100—200 cm³ zur Injektion; auf den sorgfältigen Verschuß der Einstichstelle mittels Jodoformkollodium ist Gewicht zu legen. Nachfolgende Exantheme, Oedeme und Fiebertemperaturen, doch stets ohne bleibenden Nachteil, kommen in 75% der (112) injizierten Fälle zur Beobachtung. Das Serum entfaltet einen ausgesprochenen, nach 4—12 stündiger Karrenzeit zu beobachtenden Einfluß gerade auf die Symptome, die nicht der primären Infektion, sondern der

Allgemeintoxikation mit dem Scharlachgifte zuzuschreiben sind, es wirkt also antitoxisch. Dies zeigt sich eklatant an den im Beginne mit hohem Fieber, Delirien, Somnolenz, Konjunktivitis und grünen Diarrhöen einhergehenden, hypertoxischen Fällen. Hier wirkt das Serum — bei voller Dosis und frühzeitiger Injektion — zauberhaft. Nach 4—12 Stunden sinkt die hochfebrile Temperatur ohne Schweiß und Kollaps um zwei und mehr Grade, ebenso gehen Puls- und Respirationszahl, Blutdruck und Exanthem rasch zurück. Somnolenz und Delirien schwinden, die Kinder sind wie aus einem Schlaf erwacht, frisch und lebendig. Das Maximum der Wirkung fällt in die 18. bis 30. Stunde nach der Injektion.

In günstigen Fällen bleibt die Temperatur dauernd afebril, oft aber auch erst, nachdem sie am nächsten Abend noch einen febrilen Anstieg gezeigt hat. Das Exanthem schwindet erst in den nächsten Tagen. Bei ungenügender Dosis kommt es zum lytischen, eine abgekürzte Fieberkurve zeigenden Verlauf.

Auf die infektiösen Symptome, Rachenbelag, Drüenschwellung wirkt das Serum in geringerer Masse; es schwächt nur diese am 3. oder 4. Krankheitstage auftretenden Erscheinungen ab. Ist es jedoch zu Komplikationen (Otitis, Lymphadenitis supp., Endokarditis etc.) gekommen, so hat das Serum darauf, auf den Fieverlauf und auf die Nachkrankheiten keinen Einfluß, ja es vermeidet das Zustandekommen solcher nicht einmal.

Kontrollversuche mit normalem Pferdeserum und Behandlung nur eines Kindes mit Scharlachserum, wenn zwei Kinder gleichzeitig erkrankt waren, haben die sichere antitoxische Wirkung des Serums noch deutlicher erwiesen. Dem Absinken der perzentualen Mortalität ist weniger Bedeutung zuzumessen, als den objektiven Beobachtungen am Krankenbett. Bei Sichtung der Fälle nach den Krankheitstagen, an denen sie zur Behandlung kamen, zeigt sich unter den am ersten und zweiten Krankheitstage Injizierten kein Todesfall und dann ein rascher Anstieg der Mortalität von 13 auf 50%. Es empfiehlt sich daher die Injektion der vollen Dosis möglichst frühzeitig vorzunehmen.

Im Scharlachserum ist eine kausale, die Krankheitserscheinungen in ihrer Gesamtheit treffende Behandlungsmethode von sicherer Wirksamkeit zu sehen. Theoretisch läßt sich hoffen, daß die spezifische Therapie auch die Entdeckung des Scharlachregens erleichtern wird. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 23, 1903.)

Einige Vorschläge zur Einschränkung der Säuglingssterblichkeit. Von Josef K. Friedjung.

In größeren Betrieben, namentlich in Fabriken, die Frauen beschäftigen, sollte ein entsprechender Raum für die Säuglinge der Arbeiterinnen eingerichtet sein. Alle drei Stunden sollte diesen die Möglichkeit geboten sein, ihr Kind zu säugen. — Für die Ammenhaltung fordert Autor den Grundsatz, daß das Ammenkind mit der Mutter ins Haus genommen werde. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 23, 1903.)

Beitrag zur Kenntnis der Scharlachinfektion. Von Dr. August v. Székely.

Eine interessante Beobachtung gab Gelegenheit, einen lehrreichen Einblick in das Wesen der Scharlachinfektion zu gewinnen. Von zwei Kindern einer Familie erkrankte das ältere an Scharlach, das jüngere wurde sofort vollkommen entsprechend isoliert, so daß jede Infektionsgefahr ausgeschlossen erschien. Nach vollständiger Abheilung der Krankheit nach Hause zurückgebracht, erkrankte das jüngere Kind — 9 Wochen nach dem Krankheitsbeginn seines Bruders — an Scharlach, der folgende Eigentümlichkeiten zeigte. Die Temperatur erreichte nur einmal, in Prodromalstadium, die Höhe von 38.2° , sonst betrug dieselbe immer weniger als 37.5° . Die Scharlacheruption begann an der hinteren Seite des rechten Oberschenkels und verbreitete sich in recht milder Form von hier über den ganzen Körper. Die Halsentzündung war mäßig stark, das Allgemeinbefinden nicht gestört, 11 Tage nach Schwinden des Exanths begann die Desquamation und hielt 14 Tage an.

Nachträglich stellte sich heraus, daß der an Ekzemen leidende Knabe an der Hinterseite des rechten Oberschenkels, wo das Exanthem seinen Ausgang genommen hatte, mit Zinksalbe und zwar mit derselben Salbe geschmiert worden war, mit der sein älterer Bruder während des Scharlachs wegen Hautsprunden geschmiert worden ist.

Daß neun Wochen seit Erkrankung des ersten Kindes vergangen waren, als die Krankheit gerade an der kritischen Körperstelle ihren Ausgang nahm, während als allerlängste Inkubationszeit sich die Frist von sechs Wochen in der Literatur findet, schließt eine direkte Infektion von Kind zu Kind aus. Somit nähert sich der Fall in seiner Aetiologie dem chirurgischen Scharlach, dessen Inkubationszeit für kürzer gilt, der mit milder oder ohne Angina

einhergeht, und der früher einsetzende Abschuppung zeigt. Das verfrühte Einsetzen der Desquamation fehlt in diesem Fall.

Die Beobachtung läßt aber auch der Möglichkeit einer Schutzimpfung gegen Scharlach gedenken. Das Virus wurde an einer für die Entwicklung der Infektion wenig günstigen Körperstelle durch eine enge Eintrittspforte einverleibt, dasselbe war noch durch Uebertragung auf einen wenig günstigen Nährboden, die Zinksalbe, vielleicht abgeschwächt; und dadurch mag der Verlauf der Krankheit so überaus milde gestaltet worden sein. Da das Tierexperiment für den Scharlach nicht in Betracht kommt, so könnte nur eine heftige Epidemie, bei mangelnder Möglichkeit einer durchzuführenden Isolierung Gelegenheit bieten, mit einem abgeschwächten Infektionsstoff, erhalten durch ein- bis zweiwöchentliche Aufbewahrung von Scharlachschuppen in Zinksalbe, Schutzimpfungen in größerem Maße vorzunehmen. Diese Art einer wirksamen Schutzimpfung wäre völlig analog der Schutzimpfung gegen Variola, da ebenfalls eine kleine Menge abgeschwächten Infektionsstoffes durch die Haut dem Körper einverleibt würde. — (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 57, II. 6.)

Zahnheilkunde.

Der sogenannte „erschwerte Durchbruch des Weisheitszahnes“. Von F. Williger.

Vf. kommt auf Grund zahlreicher Beobachtungen zu dem Ergebnisse, daß die Erscheinungen des sogenannten „erschwertem Durchbruches des Weisheitszahnes“ auf einer Geschwürsbildung beruhen, welche von einer beim Kauakt eingetretenen Schleimhautverletzung ausgeht. Der untere Weisheitszahn bleibt nämlich lange Zeit in einem viertel- oder halbdurchbrochenen Zustand, wobei die noch über ihm liegende derbe Schleimhautkapuze von dem gegenüberstehenden Zahne des Oberkiefers bei jeder Kaubewegung getroffen und schließlich verletzt wird. Der Vorgang ist daher als „Stomatitis ulcerosa am Weisheitszahn“ zu bezeichnen. Von der entzündeten Schleimhautstelle aus kommt es alsbald zur Infektion der regionären Lymphdrüsen, namentlich findet man stets die hinter der Unterkieferspeicheldrüse gelegene Drüse befallen. Von dieser Lymphdrüsenentzündung rühren die allgemeinen Beschwerden der Patienten her, der Kopfdruck, das Ohrenstechen, die Beschwerden beim Mundöffnen. Bezüglich der Therapie empfiehlt W. ein mög-

lichst konservatives Verfahren. Der Zahn ist zumeist noch zu erhalten, keinesfalls darf eine Exstruktion vorgenommen werden, bevor das Operationsfeld gründlich freigelegt und genügend übersichtlich gemacht wurde. Zu diesem Zwecke ist die methodische mehrtägige Tamponade mit Jodoformgaze von unschätzbarem Vorteil. Häufig genügt aber schon diese Tamponade allein, eventuell in Verbindung mit desinfizierenden Spülungen. W. empfiehlt ein Thymolmundwasser, um die bedrohlichen Erscheinungen rasch zu beseitigen. Es kommt bei dieser Tamponade erstens darauf an, die Geschwürsränder möglichst breit auseinander zu drängen, damit keine Sekretverhaltung stattfinden kann, zweitens soll der noch über der Zahnkrone liegende Zahnfleischlappen dadurch abgehoben werden, so daß er beim Kauen nicht vom Gegenzahne getroffen werden kann. Mit diesen einfachen Mitteln gelingt es fast immer, den Prozeß aufzuhalten und mit Erhaltung des Zahnes Heilung zu erzielen. — (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., 21. Jahrg., H. 2.)

R. Kronfeld.

Ueber die Dauerhaftigkeit des Zahnersatzes durch Brücken.

Von R. Weiser.

Die Aufgabe des modernen Zahnarztes besteht darin, seine Patienten so lange wie irgend möglich vor einer wie immer gearteten Prothese zu bewahren. Wird diese aber nötig, so ist die nach richtiger Indikationsstellung und solid ausgeführte, für den Zahnarzt abnehmbare, für den Patienten aber fixe Brücke der idealste Zahnersatz. Es kommt dabei nicht auf die Größe derselben an. Große Brücken bewähren sich nicht schlechter als kleine, unter anderem auch deshalb, weil sie sich leichter reinigen lassen. Eine genügende Anzahl von Stützen ist wohl unerlässlich, es kommt aber viel mehr auf die Kräftigkeit und die richtige Verteilung der Pfeiler an. Die theoretischen Einwände gegen fixe Brücken in Bezug auf Spannung, Starrheit des Systems und Ueberlastung der Pfeiler haben sich in der Praxis als nicht stichhältig erwiesen. Gerade die vielzähligen Brücken, darunter solche mit 13 Zähnen, funktionieren seit vielen Jahren tadellos. Diese Fälle lehren die hochwichtige Tatsache, daß Brücken, deren Pfeiler nicht in einer Geraden liegen, der allmählichen Lockerung durch den Kauakt ganz unvergleichlich besser widerstehen. Ein sehr wichtiges Moment bei der Indikationsstellung für diesen Zahnersatz bildet die Alveolarpyorrhoe. Da sind vor allem die leichteren Fälle dieser Erkrankung zu nennen, sowie jene,

die sich an der Grenze zwischen Alveolarpyorrhoe und seniler Atropie bewegen. Man beobachtet nicht selten, daß einzelne freistehende, etwas gelockerte Zähne dadurch, daß man sie miteinander durch eine fixe Brücke verbindet, in ihrer Verbindung ein festes Kauwerkzeug bilden und so ihrem Besitzer länger erhalten bleiben, als wenn sie einzeln den Insulten des Kauaktes ausgesetzt geblieben wären. — (Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., H. 1, 1903.)

R. Kronfeld.

Französische und englische Literatur.

Statistische Untersuchungen über Prognose und Heilbarkeit der Epilepsie. Von W. A. Turner.

Die bei den einzelnen Autoren angegebenen Heilresultate variieren zwischen 4 und 12·5%.

Die Statistik stützt sich auf 366 Fälle ausschließlich genuiner Epilepsie und unterscheidet zur Ruhe gebrachte (arrested), gebesserte und stationäre Fälle; er nennt die zur Ruhe gebrachten Fälle nicht geheilt, weil die Mehrzahl derselben die ganze Zeit über die Brombehandlung fortsetzte. Eine Remission von mindestens neun Jahren wurde als die Basis bezeichnet, auf Grund derer man von einer Heilung sprechen könne. Der Autor zieht folgende Konklusionen: Unter den stationären Fällen sind zahlreiche „familiäre Fälle“, doch kommen auch unter diesen Besserung und Beruhigung zustande. Die schlechteste Prognose gaben Erkrankungen unter zehn Jahren, sie zeigen den geringsten Prozentsatz von Besserungen und den größten von stationär gebliebenen. Im Alter von 15—20 Jahren findet sich ein ungefähr gleich hoher Prozentsatz von beruhigten und von stationären Fällen. Die größte Zahl stationärer Fälle ist unter jenen, bei denen die Krankheit zwischen dem 25. und 35. Lebensjahre einsetzt, von welcher Lebensphase aufwärts eine stetige Besserung der Prognose zu gewärtigen sei.

Verheiratung übt nur geringen Einfluß aus: einige Patienten werden gebessert, andere verschlechtert und in der Mehrzahl der Fälle bleibt die Krankheit unverändert. Schwangerschaft hat wenig Einfluß auf die Anfälle, im besten Falle kann man von einem temporären Aufschub der Anfälle sprechen; andererseits scheint das Puerperium außerordentlich den Wiedereintritt von Anfällen zu begünstigen.

Lange Remissionen, zurückzuführen entweder auf erfolgreiche Behandlung oder auf spontanes Nachlassen, sind prognostisch günstig, aber nicht gleichbedeutend mit Heilung. Auf Grund einer Remission von mindestens neun Jahren ließ sich in 10·2% der Fälle Heilung erzielen. — (The Lancet, Juni 1903.)

Einige Erwägungen, vorwiegend ethischen Charakters, über die gegenwärtige Stellung von Operationen in der chirurgischen Praxis. Vortrag, gehalten in der Med. Society von London am 18. Mai 1903. Von W. H. Bennett.

Ohne den Wert der operativen Eingriffe irgendwie zu unterschätzen, wendet sich der Vortragende dagegen, die operative Behandlung als das Alpha und Omega der Chirurgie zu betrachten, was dem Chirurgen nachgerade eine mechanische Rolle aufnötige. Er erinnert an den Ausspruch eines großen Chirurgen: „Das Wichtigste ist nicht die Geschicklichkeit, mit der man das Messer führt, sondern das Urteil, welches entscheidet, ob sein Gebrauch notwendig ist oder nicht.“ Auch die Tatsache, daß ein Patient ohne Operation sicher dem Tode verfallen ist, rechtfertigt allein noch nicht eine Operation, wenn sie an moribunden, halb pulslosen Patienten ausgeführt werden soll, außer unter besonderen Umständen. Dem Operateur müsse es sich darum handeln, das Leben zu erhalten, und nicht, eine ideale Operation auszuführen. Zum Beweis dafür, daß es für die Malignität eines Tumors keinen anderen Beweis gebe als den klinischen Verlauf, zitiert er folgende drei Fälle: 1. Knabe, 14 Jahre alt, mit offenbar malignem Tumor der rechten Niere. Die Vena cava erwies sich als mit dem Tumor verwachsen; die mikroskopische Untersuchung einer Metastase ergab typisches Sarkom. Es wurde kein Versuch zur Entfernung gemacht, die Krankheit verschwand spontan und der Knabe macht jetzt Schiffsdienst.

2. Laparatomie einer 28jährigen Frau erwies einen bis zum Nabel reichenden Tumor als mit dem Netz verwachsen, die linke Vena und Art. iliaca umgreifend. Sekundäre Metastasen im Netz und in der Nachbarschaft. Kein Versuch operativer Entfernung. Spontane Heilung.

3. Laparatomie eines 48jährigen Mannes wegen Tumor des Coecum; Tumor von offenbar malignem Charakter. Derselbe erwies sich median fixiert; die Vena cava eingebettet. Kein weiterer Eingriff. Drei Monate nach der Operation ist die Masse kleiner, das Befinden sehr gut.

Es kann also wohl der Ausfall eines Kasus von viel anderem abhängen als den Lehren bloßer Handwerkskunst.

Bei der Wahl zwischen zwei Operationsmethoden, von denen die eine weniger gefährlich ist als die andere, ist es das beste, die weniger gefährliche zu wählen, auch wenn es für den Augenblick als weniger brillant imponiert; man denke an Pyloroktomie und Gastroenterostomie. Die Vertrautheit mit gewissen Operationsmethoden führe zur Routine, die das entscheidende Urteil von Fall zu Fall beeinträchtige. So werde die Operation bei Appendizitis und Varicen oft wahllos ausgeführt.

Operative Behandlung von Varicen ziehe aber manchmal Thrombosen, permanent kühle Extremitäten, chronische Oedeme, Neuralgien nach sich.

Auch explorative Operationen seien nicht gefahrlos; es ergeben sich Ventralhernien, andauernde Schmerzen im Abdomen u. ä. Die Art der klinischen Diagnosenstellung sei früher exakter gewesen. Der Chirurg dürfe auf Wunsch eines Internisten nicht operieren, wenn er sich nicht selbst von der Notwendigkeit des Eingriffes überzeugt habe. Daher müsse der Chirurg sich in der Diagnostik vervollkommen. Das Publikum habe im allgemeinen eine zu exaltierte Vorstellung von den tatsächlichen Effekten operativer Eingriffe, doch auch eine auf Verlangen ausgeführte Operation enthebe den Chirurgen nicht von einem Atom seiner Verantwortlichkeit.

Zum Mißbrauch der intestinalen Lavements. Von Mathien und Roux.

Die intestinalen Lavements sind von großem Werte bei der Behandlung akuter und subakuter Kolitis mit fötider Diarrhöe und bei der Behandlung der schweren Formen und akuten Nachschübe der Colitis mucomembranacea. Ein Mißbrauch des Verfahrens besteht in seiner Anwendung ohne wahre Indikation, in der Einführung von Wasser unter zu hohem Drucke und in seiner unbeschränkt langen Anwendung. Die gewöhnliche Obstipation indiziert nicht die Anwendung hoher Irrigationen, da dieselben die Entstehung einer spastischen Obstipation provozieren. Zur Behandlung einer gewöhnlichen Obstipation genügen einfache Klysmen oder Oelklysmen, Massage, Elektrizität.

Die hohe Irrigation soll ferner unter keinem höheren Druck als 50—60 cm ausgeführt werden, mit nicht mehr als $1\frac{1}{2}$ l Flüssigkeit. Die fortgesetzte Ausführung des Intestinallavements unter

hohem Drucke (z. B. 1 m 50 cm) führt gewöhnlich zur spastischen Kontraktion des Kolon. Die Patienten haben während der Irrigation und nach derselben exzessive Schmerzen.

Auch ist es nicht selten, daß die Irrigation unter zu hohem Druck die Einführung einer größeren Menge Wasser verhindert, so daß sich die Kranken mehrmals täglich $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ l einführen. In einem Falle traten im Anschlusse an solche Hochdruckklysmen die Phänomene der Intestinalokklusion auf, die sofort nach Weglassen der Spülungen sistierten.

In einem Falle, wo ein junges Mädchen sich durch zwei Jahre täglich zweimal mit 2 l Flüssigkeit eine Irrigation machte — dieselbe war der Patientin schmerzhaft und provozierte gewöhnlich Koliken — war niemals spontaner Stuhl zu erzielen gewesen. Es ließ sich spastische Kontraktion des Kolon konstatieren; die Lavements wurden sistiert, die Patientin erhielt Belladonna, worauf sich nicht schmerzhaft, spontane Stühle einstellten. Nur in gewissen Fällen von Colitis mucomembranacea sind zur Entfernung der Schleimmassen größere Lavements zweckmäßig, unter gleichzeitiger Anwendung rektaler Oelklysmen, die die Stauung der Fäkalmassen im Kolon hintanhaltend. Doch sollen diese hohen Irrigationen unterlassen werden, sobald die Menge der ausgeschiedenen Schleimmassen abgenommen hat. — (Revue française de médecine et de chirurgie, Nr. 20, 1903.)

Zur Behandlung der Acne rosacea mittels Phototherapie.

Von Lerédde.

Autor berichtet über acht nach dem Verfahren von Finsen behandelte Fälle. In allen ließ sich ätiologisch ein dyspeptischer Zustand nachweisen. Was die leichten Fälle anlangt, in denen die dermatologische Behandlung von Erfolg ist, erscheint die Anwendung dieser zeitraubenden Methode nicht indiziert. In den anderen Fällen ist sie unbedingt anzuwenden, da sie voraussichtlich zu dauernden Heilungen führt. Es genügen in leichten Fällen 10 bis 20 Sitzungen, in den schweren Fällen wurden bis 80 Sitzungen abgehalten. Daneben Behandlung der Dyspepsie. — (Journal des Praticiens, Nr. 16, 1903.)

Zur Behandlung der Phlebitis.

Während der fieberhaften Periode und der folgenden 20 Tage ist das kranke Glied vollkommen zu immobilisieren. Man begnügt sich mit resorbierenden oder adstringierenden Umschlägen. Von 21. fieberfreien Tage an beginnt man mit vorsichtigen Ver-

suchen zur Mobilisation und Effleurage. Die Mobilisation besteht in vorsichtigen aktiven und passiven Bewegungen, zuerst in den periphersten Gelenken, allmählich zentripetal fortschreitend; insbesondere an den unteren Extremitäten sind es das Fuß-, Sprung- und Kniegelenk, deren Mobilisation zur Verhütung einer Ankylose indiziert erscheint. Vom 30. Tage an wird der Kranke aufgesetzt, die Füße vom Bett herabhängen gelassen, anfangs für eine Viertel-, dann für eine halbe Stunde, um die Venenwände wieder an den Blutdruck zu gewöhnen, sie gewissermaßen wieder zu erziehen. Vom 35. Tage an bildet das Aufsetzen keine Gefahr mehr. Gleichzeitig mit der Mobilisation haben vorsichtige Effleuragestreichungen zu beginnen unter Vermeidung des Verlaufes der Venen, ohne jeden Druck. Vom 30. fieberfreien Tage an sucht man durch Darreichung von Herzmitteln die allgemeine Zirkulation zu heben. Zum Abschlusse empfiehlt sich eine hydropatische Behandlung. — (La Presse médicale Nr. 35, p. 343.)

Caput obstipum spasticum, Resektion des n. Accessorius und der hinteren Cervikalzweige, Heilung.

Dauer des Zustandes 15 Monate. Die alleinige Resektion des rechten Accessorius bleibt resultatlos; es werden daher nach Keen der erste und dritte n. Cervicalis exzidiert. Nach 14 Tagen fast vollkommene Wiederherstellung der Beweglichkeit. Im weiteren Verlaufe stellt sich wieder eine leichte Drehung des Kopfes, wie ursprünglich, nach links ein, doch läßt sich der Kopf willkürlich nach rechts drehen. — (Revue française de médecine et de chirurgie Nr. 25.)

Bemerkungen über die operative Behandlung chronischer Facialisparalyse peripheren Ursprungs. Von A. Ballance.

Während die Prognose der sogenannten rheumatischen VII-Lähmungen gut ist, sind die traumatischen, sowie die postotitischen einer dauernden Entstellung verfallen.

Experimentell wurde festgestellt, daß das periphere Ende eines durchschnittenen Nerven sich regenerieren kann, auch wenn es vom zentralen Ende separiert bleibt. Die Methode bezweckt die Herstellung einer Anastomose zwischen dem distalen Ende eines gelähmten Nerven und einem anderen gesunden Nerven. Die Methode wird folgendermaßen beschrieben: Nachdem durch galvanische Reizung die elektrische Erregbarkeit der Muskeläste auf der gelähmten Seite festgestellt ist, wird der n. Facialis an der Stelle seines Austrittes aus dem Foramen stylomastoid. bloßgelegt. Der

Nerv wird so hoch als möglich durchschnitten, der N. accessorius aufgesucht, seine Nervenscheide eröffnet und hierauf durch Seidenligaturen an denselben das periphere Facialisende geknüpft. Die elektrische Erregbarkeit der betroffenen Muskeln wird sukzessive durch tägliche Galvanisation, später Faradisation gesteigert. Mitteilung von sieben Fällen; in der Mehrzahl nach Monaten Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit, beschränkt durch Assoziationsbewegungen bei Innervation des Accessoriusgebietes. Die Entstellung des Gesichtes erscheint in der Ruhe behoben. Zur Operation geeignet erscheinen Fälle, bei denen innerhalb von sechs Monaten keine Besserung eingetreten ist. Eine nach suppurativen Prozessen auftretende Neuritis macht die Prognose ungünstiger als eine bloß traumatische. — (Brit. med. Journ. Nr. 2209.)

Ein Fall von Little'scher Krankheit bedeutend gebessert durch mercurielle Behandlung. Von Gallois und Springer.

Ein 4 $\frac{1}{2}$ jähriges Kind aus nicht belasteter Familie, Vater Alkoholist, ohne Anhaltspunkte für Lues, bot folgende Zeichen der Erkrankung: Idiotischer Habitus, Strabismus convergens, absolute Unfähigkeit zu gehen oder sich aufrecht zu halten, ohne gestützt zu werden Genua valga pes equinovarus. Die Kontraktur der Muskeln deutlich, nicht sehr hochgradig; beim Versuch, die Beine zu bewegen, leichter Widerstand. Die Gehstörung ist keine paralytische, sondern eine spastische. Nach elftägiger Darreichung von XX gtt. des Liqueurs van Swieten geht das Kind allein, nach weiteren 14 Tagen verändert sich auch der geistige Habitus. Es wird die Tagesdosis auf 40 Tropfen gesteigert und kann nach weiteren drei Monaten ein Fortschritt in der Haltung konstatiert werden. — (Bulletin général de thérapeutique, Lieferung 17.)

Injektion sterilisierter Luft bei pleuritischen Exsudaten.

Nach Injektion sterilisierter Luft in fünf Fällen von Pleurit. serofibrinosa, darunter eine Rezidive, stellte sich ein Exsudat nicht mehr ein. Bei einem Falle mit kardialer Insuffizienz stellte sich der Flüssigkeitserguß wieder her; ebenso trat bei Pleuritis haemorrhag. sarcomatosa, bei chylöser Pleuritis und bei purulenter Pleuritis infolge von Pneumokokken, sowie Tbc.-Infektion Rezidive ein. Der Umstand, daß bei diesem Verfahren die Nebenerscheinungen der Druckentlastung: Husten, Brustschmerzen ausbleiben, gestatte die Ausführung abundanter Evakuation. Auch bei purulenter tuberkulöser Pleuritis verschafft die ausgiebige Entleerung von Exsudaten bemerkenswerte Besserung und Remission

des hektischen Fiebers. Es ist zweckmäßig, im allgemeinen in die Pleurahöhle eine Luftquantität äquivalent etwas weniger als der Hälfte der entleerten Flüssigkeit zu injizieren. Die Filtration der Luft erfolgt in einem in seinem Verlaufe an einer Stelle verengten Glasröhrchen, das einen Pfropf aseptischer Watte enthält. In der Diskussion empfiehlt Vaquez das von Achar d eingeführte Verfahren, insbesondere bei rezidivierender seröser Pleuritis auf tuberkulöser Grundlage; doch verwendet er statt Luft Stickstoff, da dieser langsamer resorbiert wird. — (*La semaine médicale* Nr. 16, p. 127.)

Natr. salicylicum als Therapeutikum bei Morb. Basedowi.

Chaddock und Babinski beobachteten bei Morbus Basedowi nach einmonatlicher Darreichung von täglich 3 g Natr. salicyl. bedeutende Besserung, nach weiteren zwei Monaten komplette Heilung. In weiteren zwei Fällen führte die Salicyltherapie nahezu komplette Heilung herbei. Schon 1895 hat Chibret bei vier Kranken mit Morbus Basedowi Natr. salicyl. in der Dosis von 5 g pro die mit gutem Erfolge verwendet. (*La semaine médicale* 1895, p. 52.) Chaddock verwendete es in der Tagesdosis von 1·8 g bei drei weiblichen Fällen und konnte rapide Verminderung der Struma und Abnahme der nervösen Symptome beobachten. — (*La semaine médicale* Nr. 18, p. 148.)

Formol gegen Seborrhöe.

Martin-Saint Laurent verwendet eine alkalische Lösung von Formol, enthaltend 0·5—1·0 Formalin : 1000 Aqu. unter Zusatz von 20 g Na_2CO_3 , 2—5 g K_2CO_3 und Sapo medicin. q. s. Man könnte denselben Zweck durch vorherige Einseifung mit folgender alkalischer Abspülung erreichen. Die Formolbehandlung wirkt auf die Seb. eczematosa günstig, indem sich die mit seborrhöischen Krusten bedeckten Stellen in der Ausdehnung verkleinern, die entzündlichen Erscheinungen zurückgehen. Ebenso gut sind die Resultate bei der Seborrhoea pityriasis, außer in alten Fällen — die Erfolge scheinen für die parasitäre Natur der Affektion zu sprechen. — (*La semaine médicale* Nr. 25, 1903.)

Kleine Mitteilungen.

Theocin bei stenokardischen Anfällen. Dozent Dr. Friedr. Pineles berichtet über drei Patienten, bei denen stenokardische

Anfälle und andere auf Angiosklerose beruhende Zustände durch Verabreichung von Theocin günstig beeinflusst wurden. 1. 63jähr. Patient mit Arteriosklerose und typischen stenokardischen Anfällen (Präkordialangst, Vernichtungsgefühl, Schmerzen in der linken Schulter und im linken Arm). 2. 54jähr. Patient, der neben den Erscheinungen von Herzinsuffizienz noch von eigentümlichen Anfällen heimgesucht wird. Wenn er längere Zeit herumgeht, bekommt er oft ein ausgesprochenes Gürtelgefühl, das sich rasch so weit steigert, daß er glaubt, „der Leib würde ihm abgeschnürt“. Sofort stellt sich große Schwäche in beiden Beinen ein, er kann keinen Schritt weiter machen. Dieser Symptomenkomplex ist auf eine Arteriosklerose der Bauchaorte zu beziehen. 3. 35jähr. Patient mit einem Aneurysma des absteigenden Teiles der Brustaorta. Er klagt über Schmerzen in der linken Rückenhälfte, die häufig exazerbieren und gegen den Bauch ausstrahlen. Der Vortragende konnte an einer Anzahl von Kranken die günstige Beeinflussung von stenokardischen und ähnlichen Schmerzanfällen durch Diuretin bestätigen. Daneben hat er an einer größeren Reihe von Patienten — darunter auch bei den drei vorgestellten Fällen — das mit dem Diuretin isomere Theocin (= 1.3. Dimethylxanthin) als Antistenokardikum mit gutem Erfolge erprobt. Das Theocin hat gegenüber dem Diuretin einen doppelten Vorteil. Es ist — in der zur Anwendung gelangten Dosis — wohlfeiler und verursacht als geschmackloses Pulver keine Magenbeschwerden. Hingegen zeigt es im Gegensatz zum Diuretin, insbesondere bei neuropathischen Individuen, mitunter eine nachteilige, das Nervensystem erregende Wirkung, bezüglich derer es an das Koffein (= Trimethylxanthin) erinnert. Theocin wurde gewöhnlich in der Menge von 0.2 nach dem Frühstück gereicht — welche Dosis in den zwei nächsten Tagen wiederholt wurde. Meist waren dann die auf Angiosklerose beruhenden Anfälle entweder gebessert oder vollkommen beseitigt; diese günstige Wirkung hielt eine Reihe von Tagen, bisweilen auch längere Zeit an, bis die sich wieder bemerkbar machenden Beschwerden zu einer neuerlichen Anwendung des Mittels aufforderten. Manche Kranke vertrugen auch 0.3 Theocin ganz gut; sie erhielten dann die Hälfte des Pulvers nach dem Frühstück, die andere nach dem Mittagessen. Die drei vorgestellten Patienten sind jetzt 3, respektive 4 und 5½ Monate fast vollkommen schmerzfrei. In physiologischer Beziehung war die Wirkung so kleiner Theocingaben in Bezug auf den Blutdruck von Interesse, der

manchmal nach Darreichung des Mittels eine merkliche Herabsetzung zeigte. — (Mitth. d. Gesellsch. f. innere Med., Juni 1903.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Styptol ist das neutrale, phtalsäure Salz des Kotarnins. Das Kotarnin ist eine Base, die seinerzeit von W ö h l e r durch Oxydation des Opiumkalkaloids Narkotin mit Braunstein und Schwefelsäure dargestellt wurde. Die blutstillende Wirkung des Kotarnins ist bekannt, dieselbe ist bereits in dem Stypticin, dem salzsauren Kotarnin, genügend erprobt. Es hat sich nun auf Grund von eingehenden Untersuchungen ergeben, daß Phtalsäure blutstillend wirkt. Das neutrale, phtalsäure Kotarnin stellt ein gelbes, mikrokristallinisches Pulver dar, welches in Wasser sehr leicht löslich ist, und enthält, in Prozenten ausgedrückt, etwa die gleiche Menge Cotarnin. basic. wie das salzsaure Salz, nämlich 37%. Die überzuckerten Tabletten, welche 0·05 Styptol enthalten, lösen sich beim Behandeln mit Magensaft oder mit lauwarmem Wasser in wenigen Minuten. R. K a t z hat das Styptol erst in Pulverform, später in überzuckerten Tabletten gegeben. Was die Dosierung betrifft, so gab er die Pulver zu 0·1, meistens aber zu 0·05 Styptol, die überzuckerten Tabletten enthalten ebenfalls 0·05 Styptol. Das Pulver sowohl wie die Tabletten wurden stets gern genommen. Das Styptol wurde gegen alle möglichen Arten von Gebärmutterblutungen mit prompter styptischer Wirkung gebraucht. — (Therap. Monatsh. Nr. 6, 1903.)

Atropinum methylobromatum (Merck). Methyلاتropiniumbromid ist das Bromid des am Stickstoff nochmals methylierten Atropins. Es bildet weiße, in Wasser und verdünntem Alkohol leicht lösliche Blättchen mit 20·84% Bromgehalt. Anwendung findet es als Mydriaticum; zur Erzeugung der Mydriasis genügen zwei Tropfen einer 1%igen Lösung in den Konjunktivalsack. Die Mydriasis schwindet bereits nach vier Stunden. — Innerlich gegen Nachtschweiß der Phthisiker, Neurastheniker und Hysterischer, sowie zum Herabdrücken der zeitweilig sehr gesteigerten Speichelabsonderung bei Neurasthenikern. Es weist nicht die unangenehmen Nebenerscheinungen des Atropinsulfats auf. Dosis: 0·006 bis 0·012 pro die und dosi in Pillenform abends zwischen 8 und 10 Uhr, und zwar 1—2 Pillen zu 0·006. — (Klin.-ther. Wochenschr. Nr. 41, 1902.)

Anthrasol ist eine Mischung gleicher Teile gereinigten Steinkohlen- und Wachholderholzteers in Form eines hellgelben, leichtflüssigen, in Alkohol (zu 5—10%), Aceton, fetten Oelen und Vasogen leicht löslichen Oeles. Anwendung findet es allein oder in Kombination anstatt Teer, und zwar Lösungen mit 10% Anthrasol zur Behandlung behaarter Körperstellen; 20—30%ige Lösungen oder reines Anthrasol bei chronischen Hautleiden mit Verdickungen und tieferen bindegewebigen Infiltrationen. Bei gewöhnlichen Ausschlägen: Anthrasolsalbe, -Paste oder Glycerinleim. Für Krätze, Haarschwund, durch Pilze veranlaßte Ausschläge, Bartflechten u. dgl.: Anthrasol-Wilkinson'sche Salbe. Bei Juckreizen, besonders bei Afterjucken: 10%ige weingeistige Lösung und eine Kühlsalbe aus mit Benzoë versetzter Zinksalbe 20 g, Wollfett 10 g, 5%ige Karbolsäure 20 g, Menthol 0·2—0·5. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18, 1903.)

Zur Verhütung des Jodismus:

- | | |
|--------------------------|----------|
| 1. Rp. Natr. hydrojodic. | 20·0 |
| Natr. arsenicos. | 0·02 |
| Tinct. belladonn. gtts. | XXX |
| Syr. cort. aur. | 15·0 |
| Aq. destillat. | ad 100·0 |

D. S. Jeder Kaffeelöffel enthält ein Gramm Jodnatrium.

- | | |
|--------------------|----------|
| 2. Rp. Kal. jodat. | 30·0 |
| Ferr. citr. ammon. | 4·0 |
| Tinct. nuc. vomic. | 8·0 |
| Aq. destillat. | 30·0 |
| Tinct. chinae | ad 120·0 |

D. S. Jeder Kaffeelöffel enthält ein Gramm Jodkali.

Bei Furunkulose:

- | | |
|-----------------|---------|
| 1. Rp. Ergotini | 8·0 |
| Zinc. oxyd. | 4·0 |
| Ungt. emoll. | ad 50·0 |

D. S. Salbe.

- | | |
|--------------------------|---------|
| 2. Rp. Tetrajodaethyleni | 2·5 |
| Cocain. mur. | 0·5 |
| Acid. olein. | 2·0 |
| Vaselini | ad 50·0 |

M. f. ungt. D. S. Salbe.

- | | |
|----------------------------|------|
| 3. Rp. Naphtholi. camphor. | 10·0 |
| Cocain. mur. | 0·1 |

D. S. Zum Bestreichen.

- | | |
|-----------------------|----------|
| 4. Rp. Spir. camphor. | } āā 5·0 |
| Tinct. arnic. | |
| Tinct. jod. | |

D. S. Zum Bepinseln.

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 5. Rp. Chloral. hydr. | } āā 10·0 |
| Aq. destillat. | |
| Glycerini | |

D. S. Zum Bepinseln.

- | | |
|----------------------|----------|
| 6. Rp. Tinct. arnic. | } āā 5·0 |
| Ichthyoli | |
| Glycerini | |
- Spiritus 185·0

D. S. Zum Umschlag. Dreifach mit konzentriertem Spiritus zu verdünnen.

Bei Rhagaden an den Händen:

- | | |
|------------------------|---------|
| Rp. Zinc. sulfecarbol. | 0·4 |
| Glycerini | 15·0 |
| Tragacanth. | 50·0 |
| Acid. boric. | 3·0 |
| Ol. rosar. | q. sat. |

ut f. ungt. D. S. Handsalbe.

Bücher-Anzeigen.

Emil Fischer: Synthesen in der Purin- und Zuckergruppe.
Vortrag. Braunschweig. Fr. Vieweg & Sohn. 1903.

Die fundamentalen Arbeiten Vfs. über die Konstitution der Harnsäure und der Zuckerarten werden in diesem Vortrag, auf Aufforderung der schwedischen Akademie in Stockholm gehalten, in gemeinverständlicher Form wiedergegeben. Die Art, wie der große Gelehrte den schwierigen Stoff darzustellen weiß, ist derart meisterhaft, daß selbst der Laie eine brauchbare Vorstellung von der hier geleisteten grundlegenden Forschung erhält. Um wie viel mehr ist daher dem wenigstens teilweise chemisch vorgebildeten Mediziner Gelegenheit geboten, durch Lesen des Vortrages sich mit Anschauungen vertraut zu machen, die zum Verständnis ihm täglich begegnender Dinge und Vorgänge notwendig und sonst nur durch Studium schwieriger und trockener chemischer Spezialabhandlungen erreichbar sind. Ref. kann nur wünschen, daß jeder Arzt Fischers Vortrag zu höchstem Genuße und Belehrung zur Hand nehme.

E. S.

Dr. W. Seifer: Atlas und Grundriß der allgemeinen Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Lehmanns medizinische Handatanten, Band XXIX. München. J. F. Lehmann. 1902.

Das Werk soll den in derselben Sammlung durch Jakob bearbeiteten Atlas des gesunden und kranken Nervensystems, welcher hauptsächlich die anatomischen Verhältnisse darstellt, durch die klinischen Bilder ergänzen, wozu das enorme Material der Berliner Charité dem Vf. zur Verfügung stand. In der allgemeinen Diagnostik werden zunächst die Grundsätze gegeben und dann durch äußerst instruktive Abbildungen die verschiedensten Stellungs- und Haltungsanomalien, Bewegungsstörungen illustriert. Dann folgen die Muskelatrophien und die motorischen Reizerscheinungen. Ein besonderer Abschnitt ist den Störungen des Gesichtsausdruckes, der Körperhaltung und des Ganges bei Nervenkranken gewidmet, welches Ref. als besonders instruktiv bezeichnen möchte, da gerade hier die Abbildung unvergleichlich mehr zu leisten vermag als die detaillierteste Beschreibung. Sehr gut sind auch die gegebenen Beispiele der pathologischen Schriftarten. Elektrodiagnostik und Sensibilitätsstörungen sind durch sehr zahlreiche und schöne Figuren für Muskelinnervation, Reizpunkte, Sensibilitätschemen dargestellt. Vorzüglich gewählt sind auch die Bilder der wichtigsten trophisch-vasomotorischen Störungen. Die allgemeine Therapie bringt zahlreiche Abbildungen von Apparaten und Methoden. Der verbindende Text ist kurz, klar und ungemein reichhaltig. Zusammen mit der großen Zahl der vorzüglich ausgeführten Abbildungen (26 farbige Tafeln und 264 Textabbildungen) gibt das Werk nicht nur einen vorzüglichen diagnostischen Ratgeber, sondern auch dem Studierenden durch die übersichtliche Darstellung und die Anschauung einen vorzüglichen Behelf. Der Preis ist für die reichhaltige und schöne Ausstattung außerordentlich niedrig.

E. S.

Die Frage der Fleischkost bei Nierenerkrankungen.

Von **Dr. Th. Robert Offer.**

Aus Vorurteilen entstehen häufig Dogmen, besonders dann, wenn sie als Erfahrungsgrundsätze hingestellt werden. Solche Dogmen wurzeln sich fest und leisten dem oft nur zu beliebten Schematisieren Vorschub. Erhebt sich dann dagegen eine Stimme, welche mit auf exakten Beobachtungen basierenden Untersuchungen die Lehre als weiterhin unhaltbar bekämpft, wird immer wieder die Erfahrung herangezogen, obgleich sich nur wenige von der Richtigkeit derselben überzeugt haben.

Ein solches Vorurteil beherrscht seit fast einem Jahrhundert die Ernährungstherapie der Albuminurie und der Nephritis. Alle möglichen exakten Untersuchungsmethoden, die sich im Laufe der Zeit herausgebildet haben, werden angewendet, um Licht in diese so dunkle und wechselvolle Stoffwechselstörung zu bringen; dabei verharret die Therapie, und zwar die Diätetik, starr bei den alten Ueberlieferungen.

Besonders in der Frage der Eiweißzufuhr bei Nephritikern begegnet man widersprechenden Forderungen, nur daran hat die Lehre festgehalten, daß der Unterscheidung zwischen den beiden Fleischarten, dem hellen und dem dunkeln, wie immer die Eiweißfrage entschieden werde, die Hauptbeachtung zu schenken sei. Diese Unterscheidung sei deshalb von großer Bedeutung, weil dem geschädigten Organ durch das helle Fleisch weniger reizende Substanzen zugeführt würden als durch das dunkle.

Aus welchen Faktoren kann man sich ein klares Bild darüber machen, ob diese oder jene Diät den Krankheitsprozeß im günstigen oder ungünstigen Sinne beeinflusst?

Das prägnanteste Symptom der Nierenschädigung ist die **Albuminurie**.

Der Grundsatz, daß das normale Nierensekret eiweißfrei sei, wurde durch die Untersuchungen v. **Leubes** erschüttert, von späteren Autoren sogar der Satz proklamiert, jeder normale Harn enthalte Eiweiß.

v. *Leube* hat bei sonst gesunden Menschen dem Auftreten von Albuminurie mangels jeder sonstigen krankhaften Veränderung den Namen *physiologische Albuminurie* beigelegt. Seine Beobachtungen machte er an Soldaten, welche gewissermaßen als die Auslese gesunder Individuen betrachtet werden können. Bei einem Teile wurde Albuminurie in der Ruhe gefunden, während nach angestrenzter Körperbewegung (Muskel-tätigkeit), wie Exerzieren, die Zahl jener, welche Eiweiß im Harn finden lassen, auf das Doppelte steigt.

v. *Noorden* erblickt den Grund dieser Form der Albuminurie darin, daß bei der gewaltigen Blutströmung, welche die arbeitenden Muskeln beanspruchen, in den Nieren die Stromgeschwindigkeit sinkt, gegen deren Herabsetzung die Nierenepithelien, wie *Heidenhain* zeigte, äußerst empfindlich sind.

Was nun den Eiweißkörper selbst betrifft, der zur Ausscheidung gelangt, ist es nicht ausschließlich Serumalbumin und Serumglobulin, sondern, da stets Trübung auf Zusatz von Essigsäure in der Kälte erfolgt, auch Nukleoalbumin.

Dieser Befund spricht dafür, daß in den Fällen sogenannter *physiologischer Albuminurie* die Ursache des Uebertrittes von Albumen in das Nierensekret nicht allein in den geänderten Blutdruckverhältnissen oder nach v. *Leube* in einer individuell angeborenen Durchlässigkeit der Filtrationsmembran der Niere liege, sondern, daß es sich um eine direkte Schädigung der Nierenepithelien handelt, obzwar diesbezüglich v. *Leube* die Richtigkeit der Annahme, das Nukleoalbumin stamme aus dem Protoplasma der Nierenepithelien und komme durch den Untergang, durch eine Art „Mauserung“ derselben in den Harn, deshalb in Abrede stellt, weil im Harn von Nephritikern das Nukleoalbumin gänzlich fehlen könne, trotzdem das Sediment von Harnzylindern wimmelt.

Wenn man alle diese Fälle, zu denen gewiß auch die von den Franzosen als eigenes Krankheitsbild beschriebene *orthostatische Albuminurie* gehört, als von der Ernährung, resp. Eiweißzufuhr unabhängig und daher auch unbeeinflusst ausscheidet, erübrigen jene Albuminurien, welche auf einer anatomischen Veränderung im Drüsenapparate der Nieren beruhen.

Hier kommt die Frage: In welcher Beziehung steht die Albuminurie zum Gesamtstoffwechsel? Manche ältere Autoren neigten der Ansicht zu, daß durch die Eiweißverluste für die Arbeitsleistung ähnliche Verhältnisse gesetzt werden, wie durch die Zuckerausschei-

dung bei Diabetes. Es werde dadurch dem Körper eine lebenswichtige Substanz entzogen, daher sei der Eiweißverlust durch den Harn, wenn oft auch quantitativ gering, so doch von schwerwiegender Bedeutung. Die nächste Folge davon war, daß man in der Größe der Albuminurie den Maßstab für die Schwere des Krankheitszustandes erblickte. Aufschluß über die Schwankungen in der Eiweißausscheidung sucht man in den meisten Fällen mit ganz unzulänglichen Methoden (Eßbachs Albuminometer) und ohne Berücksichtigung der Gesamtausscheidung zu gewinnen. Wie gering der Wert derartiger Bestimmungen ist, wird umso klarer, wenn man bedenkt, daß speziell im Verlaufe der Nephritiden die Harnmengen von Tag zu Tag beträchtlich schwankende sind. Diese Schwankungen in der Eiweißausscheidung sind zumeist vom Allgemeinbefinden unabhängig, sind somit für die Beurteilung der Schwere des Krankheitszustandes und für ein Kriterium des Verlaufes ziemlich wertlos.

v. N o o r d e n hat bei Kranken mit Schrumpfniere öfters die Beobachtung gemacht, daß die Albuminurie prozentig und manchmal auch absolut anstieg, während das Allgemeinbefinden sich deutlich besserte. Auch in Fällen von parenchymatöser und chronischer interstitieller Nephritis sah ich die Größe der Eiweißausscheidung unverändert bleiben, mitunter etwas ansteigen, ohne daß das Allgemeinbefinden sich verschlechtert, ja sogar in Perioden des besten Befindens war die Albuminurie im Wachsen.

Da man aus der Größe der Albuminurie keinen sicheren Schluß auf Schwere und Verlauf des Krankheitszustandes ziehen kann, muß die Aufmerksamkeit der funktionellen Tätigkeit der Niere zugewendet werden.

Für die Erkrankungen der Niere kommt die Funktion der Ausscheidung des Wassers und der Stoffwechselprodukte hauptsächlich in Betracht. Die Wasserausscheidung ist zunächst von der Zirkulation und der Herzarbeit abhängig, indem jede Störung der Zirkulationsverhältnisse, welche mit Stauung einhergeht, auf die Größe der Wasserausscheidung bestimmend einwirkt. Bei Stauungen kommt es zur Hyperämie der Nieren, die Menge des Harnwassers nimmt ab. Mit derselben kann auch die Fähigkeit, die Stoffwechselprodukte aus dem Organismus zu entfernen, abnehmen. Speziell jene Stoffe, welche auch unter normalen Verhältnissen schwer ausgeschieden werden, werden am Nierenfilter zurückgehalten.

Ahnlich liegen die Verhältnisse bei den anatomischen Nierenerkrankungen. Je nach der Schwere der Erkrankung, sowie je nach der Art derselben beobachtet man, daß gewisse Stoffwechselprodukte nicht vollkommen ausgeschieden werden. Die Anforderung, welche an die Arbeitsfähigkeit der Nieren gestellt werden kann, wird von der Größe der Ausscheidungsmöglichkeit abhängen. Von dem Grundsatz ausgehend, daß ein erkranktes Organ möglichst zu schonen sei (H o f f m a n n), muß man sich zunächst darüber Klarheit verschaffen, welche mit der Nahrung zugeführten Stoffe schwer ausscheidende Endprodukte bedingen.

Bei dieser Frage hat man sich wieder der Gruppe der stickstoffhaltigen Nahrungsmittel zugewendet.

Von allen stickstoffhaltigen Substanzen, welche in den Nahrungsmitteln enthalten sind, nehmen die Eiweißkörper die erste Stelle ein. Damit wird die Frage, welchen Einfluß die Zufuhr von Eiweiß auf den Krankheitsprozeß ausübt, in den Vordergrund gestellt. Die Ansicht, daß reichliche Eiweißzufuhr an das Organ größere Anforderungen stellt, ist nicht zutreffend, denn das Stoffwechselprodukt, der Harnstoff, wirkt, wenn er auch zu den Substanzen gehört, welche schlecht ausgeschieden werden (v o n N o o r d e n), weder auf den Gesamtorganismus schädigend, wenn seine Ausscheidung eine unvollkommene wäre, noch übt er auf die Niere einen Reiz aus. Schon die Ueberlegung, daß bei ausschließlicher Milchdiät, welche als spezifisch günstig bei Erkrankungen der Nieren gerühmt wird, die Eiweißzufuhr eine so große ist, wie sie selbst bei reichlicher Fleischnahrung oft nicht erreicht wird, wird die Schädlichkeit der Eiweißzufuhr nicht so groß erscheinen lassen, wie manche Autoren behaupten.

Der hervorragendste Vertreter der eiweißhaltigen Nahrungsmittel ist das F l e i s c h. Die von vielen Seiten beobachtete ungünstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses bei Fleischkost, lenkte die Aufmerksamkeit dahin, daß in dem Fleische neben den Eiweißkörpern noch andere Substanzen enthalten sein müssen, welche auf die Niere schädigend einwirken.

Die Versuche von G a u c h e r, K o l i s c h haben gezeigt, daß gewisse stickstoffhaltige Substanzen, wie K r e a t i n i n, die A l l o x u r b a s e n, direkte Nierengifte sind. Diese Bestandteile des Fleisches sind es zunächst, welche bei kranken Nieren den schädigenden Einfluß bedingen.

Mit dieser nicht zu leugnenden Tatsache haben viele Kliniker

die von früheren Zeiten überkommene Unterscheidung zwischen braunem und weißem Fleische zu begründen gesucht (Senator, Ziemssen u. a.) Sie stützte sich darauf, daß die dunklen Fleischsorten reicher an jenen schädigenden Substanzen seien, welche ich im folgenden unter dem Namen „stickstoffhaltige Extraktivstoffe“ zusammenfassen will.

Faßt man frühere Analysen, welche den Gehalt des Fleisches der verschiedensten Tiere an diesen Substanzen ausweisen, ins Auge, trifft man auf ein der obigen Ansicht geradezu widersprechendes Resultat, indem diese Analysen für das weiße Fleisch eher einen größeren als einen geringeren Gehalt an verschiedenen Extraktivstoffen dartun.

Dieser Widerspruch war Veranlassung der von mir *) gemeinschaftlich mit Rosenquist vorgenommenen Untersuchungen der gebräuchlichsten Fleischarten. Auf Grund dieser Untersuchungen sind wir seinerzeit zu dem Schlusse gelangt, daß die prinzipielle Unterscheidung zwischen hellem und dunklem Fleische nach der bisher üblichen Weise, gestützt auf die Ansicht des verschiedenen Gehaltes an „stickstoffhaltigen Extraktivstoffen“, unberechtigt sei, daß es vielmehr ein unbegründetes Vorurteil sei, wenn man diese Unterscheidung macht und den Patienten Einschränkungen auferlegt, die von den meisten als sehr lästig empfunden werden und häufig der rationellen Ernährung unnötige, sogar mächtige Schwierigkeiten machen.

Es ergibt nämlich die Durchsicht der gefundenen Werte, daß die Unterschiede zwischen den beiden Fleischarten keine größeren sind, als bei den einzelnen Individuen derselben Art. Die Differenzen, besonders wenn man bedenkt, daß die größeren Werte das eine Mal beim dunklen, das andere Mal beim hellen Fleische zu finden sind, sind jedenfalls nicht groß genug, um eine prinzipielle Unterscheidung der Fleischsorten in „erlaubte“ und „nicht erlaubte“ jemals zu rechtfertigen.

Im Anschlusse an unsere Schlußfolgerungen hat Senator das Wort ergriffen, um der alten Lehre zu Hilfe zu eilen.

Vor allem beanstandet Senator, daß wir nur die stickstoffhaltigen Extraktivstoffe bestimmt und zum Vergleiche herangezogen hätten; wir hätten übersehen, daß auch noch stickstofffreie Extraktivstoffe im Fleische vorhanden seien, die ja möglicherweise einen Unterschied bedingen könnten.

*) Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43, 1899.

Was von diesem Einwurfe zu halten sei, haben wir in unserer zweiten Veröffentlichung auseinandergesetzt, daß zunächst die in Frage kommenden Substanzen — Milchsäure, Spuren von Buttersäure, Essigsäure, Ameisensäure, ferner Inosit und Glykogen — für die von Senator befürwortete Unterscheidung durchaus belanglos sind. Selbst wenn man geneigt wäre, daraus eine Grundlage für die Lehre zu bilden, ist der Wert der von ihm herangezogenen Zahlen ein sehr fraglicher. Die von Senator zitierten 0·46% stickstofffreie Extraktivstoffe bei Ochsenfleisch gegenüber 0·07% bei Kalbfleisch (nach J. König) sind Werte, welche nicht aus exakter selbständiger Bestimmung hervorgegangen sind, sondern Korrekktionswerte auf 100%. Wenn Senator heute noch den Anspruch erheben sollte, daß dieser Einwurf begründet sei, dann lohnt es sich fürwahr nicht der Mühe, aus einem reichen Materiale exakte analytische Belege zu erbringen.

Der zweite Vorwurf, den Senator unserer Schlußfolgerung macht, bezieht sich darauf, daß wir auf Grund der Untersuchungen des Rohmaterials zu denselben gelangt sind; daß durch die Zubereitung die Zusammensetzung des Fleisches geändert werde, und zwar gerade in Bezug auf den Gehalt an Extraktivstoffen. Die Aenderung vollziehe sich beim dunklen und beim weißen Fleisch in ungleicher Weise, indem nämlich das weiße Fleisch dabei die Extraktivstoffe in höherem Grade abgebe als das dunkle Fleisch.

Diesen von Senator zwar angeführten Grund für die weitere Unterscheidung zwischen den beiden Fleischarten, für welchen er jedoch den exakten Beweis schuldig geblieben ist, hat Minkowski in seinem Buche über die Gicht als schwerwiegend gegen unsere Behauptung ins Treffen geführt.

Hatten wir zwar in der zweiten Veröffentlichung durch eine darauf hinzielende Untersuchung gezeigt, daß die von Senator nach König zitierten Zahlen, nach denen gebratenes Rindfleisch 0·72%, gebratenes Kalbfleisch nur 0·03% stickstoffhaltige Extraktivstoffe enthalten solle, unmöglich bei gleicher Zubereitungsweise gewonnen sein können, wollte ich durch Herbeischaffung neuen Materials diesen Einwand ebenso haltlos machen, wie den vorhergehenden, und ging daran, neue Untersuchungsreihen anzustellen, über deren Ergebnisse ich auch berichten werde.

(Schluß folgt.)

Erfahrungen über die dermatologische Verwertung der Elektrolyse.

Von **Dr. G. Nobl**, Dozent für Dermatologie und Syphilis an der Wiener Universität.

(Schluß.)

Brocq bedient sich bei Epilationen an den Extremitäten des Chloräthyls, das aus automatisch-verschließbaren Glastuben aufgeträufelt wird. Auch dieses Verfahren muß ich für völlig überflüssig und von gänzlich illusorischem Werte bezeichnen. Die Vereisung ist an und für sich nicht minder empfindlich als die Epilation, dann aber erfährt durch dieselbe die follikuläre Struktur der Haut eine derartige Veränderung, daß man weder die Richtung der Haare, noch die Follikeltrichter genau verfolgen kann. Auch erschwert die starre Beschaffenheit der Oberfläche ungemein die Entrierung der verlegten Bälge. Im Gesichte aber werden überdies durch das Chloräthyl schwere Erytheme hervorgerufen.

Die **E i n w i r k u n g s d a u e r** des Stromes auf die einzelnen Follikel und Papillen wird nach denselben Prinzipien zu bemessen sein, welche wir hinsichtlich der Stromstärke geltend gemacht haben, ohne daß sich jedoch hiefür bindende Regeln aufstellen ließen, denn von Fall zu Fall werden nach subjektivem Ermessen Modifikationen angezeigt sein.

In kosmetischer Hinsicht wird der idealste Effekt bei schwächsten Strömen und längster Einwirkung derselben erreicht, indem die nicht zu tief reichende Dekomposition der Papille und Follikelwände bei der Verödung der Tasche nur die Bildung eines zarten Ersatzgewebes erheischt. Doch läßt sich, ohne den Effekt zu beeinträchtigen, die Einwirkungsdauer durch Erhöhung der Stromintensität abkürzen und dadurch ein rascheres Arbeiten erreichen. Handelt es sich beispielsweise um einen feinen Flaum der Oberlippe auf zarter, weicher Haut, so sind 15—20 Sekunden hinreichend, die unter der Einwirkung eines 0·5 Mill. Amp.-Stromes stehenden schwachen Härchen zum Ausfall zu bringen. Bei kräftigeren Haaren brünetter Individuen, etwa am Kinn oder der Präaurikulargegend, sind 20—30 Sekunden eines 1·2 Mill. Amp.-Stromes erforderlich, um den gleichen Effekt zu erzielen. Minder exponierte Körperstellen mit derbem Haaransatz (Submentalgegend) tolerieren 3—4 Mill. Amp.-Ströme, wo dann 10—15 Sekunden genügen, um eine radikale Papillenerstörung herbeizuführen.

Mehr indes als diese nur beiläufigen Zeitangaben sind die während des Stromschlusses am Follikel sich abspielenden klinisch stets verfolgbaren Veränderungen geeignet als Maßstab der angezeigten Stromstärke und der erforderlichen Einwirkungsdauer zu dienen. Sofort, nachdem der Kranke den Anodenschluß bewirkt und die Elektrolyse vor sich zu gehen beginnt, wird die Nadel von einem anämischen Hof umgeben, während aus dem Infundibulum des Balges in geringen Mengen weißlicher Schaum knisternd hervorquillt, der sich aus den mit Wasserstoffblasen vermengten Detritusmassen des Follikels und abgestoßenen, durch die frei werdenden Alkalien zersetzten Papillenreste rekrutiert. Als bald hebt sich die weißliche Peripherie zu einer regelrechten hirsekorn- bis erbsengroßen Quaddel empor, die nach außen hin von erythematösen Ringen, Streifen und gelegentlich auch weithin reichenden Zungen und Flecken umgeben wird. Die Größe der Quaddeln, die Stärke des Erythems, der Umfang der Verschorfung, unterliegen von Fall zu Fall den weitesten Schwankungen.

Bei protrahierter Einwirkung und hoher Stromintensität bleibt die Quaddelbildung gelegentlich vollständig aus, hingegen zeigt die von der Nadel entrierte Follikelmündung sofort eine zirkuläre Nekrose ihrer Wände, die peripheriewärts auch gegen die unmittelbare Nachbarschaft hin fortschreitet. Braun tingierte Serums Spuren treten in solchem Falle nach Entfernung der Nadel aus dem Follikel und trocknen zu kleinen Krüstchen ein. Die locker im Balg steckenden Haare folgen dem leisesten Fingerzuge und führen meist die gequollenen Wurzelscheiden mit sich. Das rasche Aufsteigen von Detritus- und Gasblasen, sowie die prompte Quaddelbildung geben die sichersten Anzeichen für den richtigen Sitz der Nadel und die beginnende Follikularläsion ab und hat man von da an meist nur mehr 10—20 Sekunden abzuwarten, um den Eingriff als gelungen betrachten zu können. Ein weiteres verlässliches Kennzeichen der regelrechten Sondierung bildet die geringe Empfindlichkeit.

Einige Zeit nach beendeter Sitzung schwindet das Erythem und einige Stunden später ist der Eingriff nur mehr an dunkelroten den behandelten Follikeln entsprechenden Punkten zu erkennen.

Häufig ist auch nach Entfernung der Nadel die Eingriffsstelle von einem rasch eintrocknenden Bläschen umgeben, das rasch, meist schon nach wenigen Stunden platzt, resp. zu einem feinen gelblichen

Krüstchen eintrocknet. Ein längeres Persistieren der perifollikulären Exsudation ist nur ganz ausnahmsweise zu verfolgen. Das Schwinden der Reaktionserscheinungen kann durch Betupfen mit Alkohol und Reismehlapplikationen beschleunigt werden.

Als sicherster Beweis der gelungenen Epilation ist der spontane Haarausfall zu betrachten. Meist schon am nächsten Tage pflegt sich dieser einzustellen und am reichlichsten beim Waschen und Abtrocknen der behandelten Partie bemerkbar zu werden. Die nur mehr locker in den Follikel steckenden Haare folgen hierbei eben dem leichtesten Zuge und das einfache Darüberstreichen genügt schon, um sie völlig zum Ausfall zu bringen. Bei Anwendung stärkerer Ströme oder auch bei abnormer individueller Reaktion der Haarbälge, schmiegen sich die in größeren Mengen dem Follikel entquellenden Detritusmassen innig an der Austrittsstelle dem Halse des Haares an und verhindern durch Verkrustung den Ausfall. Begreiflich ist es, daß in solchem Falle die gleichsam eingekitteten Haare noch so lange haften werden als die Krüstchen an den Follikeln kleben bleiben; erst mit den losgelösten Schuppen fällt auch das durch sie allein festgehaltene Haar aus dem Balg.

Den spontanen Ausfall der Haare kann man jedoch nicht immer abwarten, insbesondere dann nicht, wenn das zu dekalzierende Areal eine zu dichte Haarstellung aufweist. Hat man die Aufgabe, in einer Sitzung eine dicht behaarte Stelle zu epilieren, so pflegen alsbald die perifollikulären Quaddeln zu einem einzigen großen elevierten Herde zu konfluieren, der die behandelten und unbehandelten Haare gleichmäßig umfließt, so daß man des leitenden Kennzeichens der stattgehabten Einwirkung verlustig wird, und unbehandelte Haare zu übersehen, oder bereits elektrolysierte überflüssigerweise zwei und dreimal anzugehen, Gefahr läuft.

Dem ist durch das Ausziehen der bereits getroffenen Haare am einfachsten zu begegnen. Doch muß man sich hierbei gegenwärtig halten, daß selbst ganz gesunde, in normaler Fügung der Papille aufsitzende Schäfte, namentlich zur Zeit, wo sich im Follikel der physiologische Wechsel vorzubereiten beginnt, dem leisesten Zuge ohne weiteres weichen und daher beim Ansetzen der Pinzette auch nicht der geringste Kraftaufwand im Spiele sein darf. Bei einiger Übung wird die Empfindung diesbezüglich derart verfeinert, daß die gelungene Epilation selbst aus der Art, in der der Schaft aus dem Follikel gleitet, mit großer Sicherheit be-

urteilt werden kann. Das Mitgehen der Wurzelscheiden kann hiebei keineswegs als Kriterium der gelungenen Epilation hingestellt werden, zumal dieselben nicht nur stets durch die längs des Haarschaftes in die Tiefe gleitenden Nadeln verletzt werden, sondern auch unter der zersetzenden Einwirkung des Stromes stehen und eine gänzliche Auflösung erfahren können. Um die Follikelwände, resp. die Wurzelscheiden, mehr gegen die Elektrolyse zu schützen, stehen auch bis an die Spitze hin mit Kautschuk überzogene und derart isolierte Nadeln in Verwendung. Doch legen wir auch auf die direkte Alteration des Balges einen besonderen Wert und raten von ähnlichen Nadeln ab.

Wird die behandelte Hautpartie weder gewaschen noch mechanisch epiliert, so werden die Haare nach einiger Zeit bei der allmählichen Verödung der Follikel von selbst ausgestoßen, was meist schon nach 8—10 Tagen zu erfolgen pflegt. Um diese Zeit sind die Eingriffsstellen immerhin noch durch ein dunkleres, von der Umgebung abweichendes Kolorit gekennzeichnet, doch nehmen die feinsten, nadelstichgroßen, mit freiem Auge meist gar nicht wahrnehmbaren Nerbchen, die im Hautniveau liegen, allmählich ein normales weißes Kolorit ab.

Histologisch entspricht diesem Vorgange eine mehr oder minder tiefgreifende Zerstörung der Haare und ihrer Follikel, woran der bindegewebige Haarbalg, die Wurzelscheiden, die Matrix und die Papille gleichmäßig partizipieren. Wie dies Nachprüfungen S. Giovannini's neuerdings erwiesen haben (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. XXXII 1895, pag. 3), pflegt die Stromwirkung hiebei nicht auf die Angriffsstelle der Nadel allein beschränkt zu bleiben, sondern stellt auch die weitere Umgebung unter ihren Einfluß. Hieraus wird auch die im Verlaufe der Behandlungsreihen immer wieder eruierbare Tatsache erklärlich, daß der Haarausfall auch in solchen Follikeln vor sich geht, die nicht ganz regelrecht sondiert wurden und außerdem auch noch angrenzende, direkt gar nicht angegangene, fernere Keime eine Lockerung und vorzeitige Loslösung erfahren.

Außer den eigentlichen Formationen des Haarbalges werden in den Gewebsschnitten elektrolytisch epilierter Hautflächen, mitunter auch die sonstigen dermalen Adnexe, wie die Talgdrüsen, die sudoriparen Gänge, die Arrectores pil. und andere mehr in ihrer Struktur alteriert oder zerstört angetroffen.

Entsprechend der klinisch verfolgbaren Erscheinungsweise rea-

gieren die Haarbälge zunächst mit mäßigen Entzündungsphänomenen, die nach einiger Zunahme ihrer Intensität alsbald wieder zur Ruhe gelangen. Gleichzeitig bereitet sich die Abstoßung ausgeschiedener Entzündungsprodukte, sowie die Loslösung jener nekrotischen Follikelteile vor, welche unter der unmittelbaren Stromeinwirkung zur Zerstörung gelangten. Am 16. Tage nach der Epilation ist der größte Teil der nekrosierten Gewebe schon ausgestoßen und bleiben Giovanniinis Befunden gemäß von den behandelten Haaren nur noch Bruchstücke verhornter Teile übrig.

Mit der Ausstoßung der abgestorbenen Gewebsreste geht die Reparation Hand in Hand, indem bereits vom dritten Tage an eine lebhaftere Proliferation des Bindegewebes und der Deckzellen zu verzeichnen ist. Das sich bildende Granulationsgewebe verlötet allmählich die Follikelwände und wandelt sich schließlich in starres Narbengewebe um. Am neunten Tage nach der Elektrolyse ist die Verharschung bis zu beträchtlicher Höhe der Haarbälge vorgeschritten, von wo an die terminale Benarbung, sowie die Epidermisation des eingesunkenen Follikeltrichters einen raschen Fortgang nimmt. Die den entzündeten Haarbälgen zunächst gelegenen Schweißdrüsen erfahren hierbei bald eine Verzerrung, Knickung oder Verlegung ihrer Windungen, bald gehen sie gänzlich zu Grunde oder atrophieren partiell. Die vom Strome direkt tangierten Talgdrüsen können sich nicht mehr erholen, verlieren ihre Lichtung und gehen schließlich gänzlich ein.

Wiederholte histologische Untersuchungen elektrolytisch behandelter Gewebe, die nachträglich zur Exzision gelangten, lehrten mich außerdem noch, daß die schon von Cinielli und Tripier behauptete und seither von Gellner und A. Kuttner bestätigte verschiedene Gewebsreaktion bei Einwirkung des negativen oder positiven Poles zu Recht besteht. So konnte ich stets konstatieren, daß die mittels negativer Galvanokaustik erzielten Narben zarter waren und weniger Neigung zur Retraktion und Verlötung mit der Unterlage und Umgebung aufwiesen, als daß nach der positiven Elektrolyse resultierende Ersatzgewebe, welches letzteres für gewöhnlich einen größeren Reichtum an derben kollagenen Bündeln und Zügen aufzuweisen hat.

In gleichem Sinne zu verwerten sind die Befunde von Guilloz (Nancy), der in Nachbarschaft des negativen Schorfes eine lebhaftere Proliferation des Bindegewebes, durch strotzende Blutfüllung charakterisierte vaskuläre Kongestion und

leukozytäre Infiltration der Texturen fand. War die Elektrolyse bis in die Muskulatur vorgedrungen, so zeigten sich in auffallend großer Zahl degenerierte Muskelfibrillen.

Bei bipolarer Stromeinwirkung erwiesen sich die Läsionen am *p o s i t i v e n P o l*, ähnlich den Veränderungen an der Kathode, nur mit dem Unterschiede, daß alle Phänomene eine bedeutend stärkere Akzentuierung aufwiesen. Das Blut staut sich intensiver, lebhafter ist die Neubildung der Zwischensubstanz. (II. Internat. Kongr. f. Elektrotherapie und Radiographie. Bern 1902.) Auch aus diesen histologischen Hinweisen resultieren genügende Anhaltspunkte für die einzig angezeigte Kathodeneinwirkung für dermatologische Zwecke.

Die *L e i s t u n g s f ä h i g k e i t* des Verfahrens ergibt sich aus dem Hinweise, daß in einer halben Stunde etwa 60—100 Haare entfernt werden können. Die Sitzungen über diese Zeit hinaus zu verlängern, ist nicht ratsam, da man späterhin schon leicht zu ermüden pflegt und eine Fortsetzung der Epilation nur auf Kosten der Gründlichkeit und Genauigkeit erfolgen könnte. Doch kann nach entsprechenden Unterbrechungen die Arbeit wieder aufgenommen und derart die Zahl der radikal epilierten Haare, bei einem Individuum an einem Tage auf 200—300 gesteigert werden. Hierbei ist es besonders empfehlenswert, nicht immer an einer Stelle zu arbeiten, sondern voneinander entfernte Hautpartien gleichzeitig in Angriff zu nehmen. Man verringert hiedurch nicht unerheblich die konsekutiven Reaktionserscheinungen und hat auch den Vorteil, die Haare dem spontanen Ausfalle überlassen zu können, worauf wir schon hingewiesen haben.

Die Dauer einer Kur wird daher nach der Zahl der zu entfernenden Haare annähernd zu bestimmen sein, doch hüte man sich diesbezüglich sichere Zusagen zu machen, da bei der approximativen Abschätzung die größten Irrtümer unterlaufen können und es sich leicht ergeben kann, daß die angegebene Frist um das Doppelte und Dreifache zu überschreiten ist. Stets soll die einmal angefangene Epilation ohne Unterbrechungen bis zur vollständigen Enthhaarung des in Angriff genommenen Hautgebietes fortgeführt werden, um späterhin aus dem Nachwuchse das Ausmaß einer eventuellen Rezidive verlässlich beurteilen zu können. Auch haben die Kranken derart das Resultat des Eingriffes deutlich vor Augen und werden in ihrem Vertrauen nicht erschüttert, wenn auch nach Wochen einzelne Haare nachwachsen. Folgt man indes dem oft geäußerten

Wünsche der Kranken, nur die größten und auffälligsten Haare zu entfernen, so werden sie mit dem Erfolge umso weniger zufrieden sein, als hiemit in kosmetischer Hinsicht fast gar nichts erreicht ist und sie außerdem noch in den neu aufschießenden Haaren Nachschübe der bereits behandelten erblicken.

Der Erfolg der Epilation ist als radikaler und zuverlässiger zu bezeichnen, der niemals durch üble Zufälle bedroht oder vereitelt wird. Doch gilt hiefür als Voraussetzung, daß in allen eingegangenen Follikeln auch wirklich die Papillen zur Zerstörung gelangen. Da jedoch bei der schiefen Einpflanzung der Haare, die Sondierung der Follikel nicht stets ideal vonstatten geht und die Nadelspitze nicht immer bis in die Papille eindringt, so werden bei jeder Sitzung stets einige Haare so mangelhaft behandelt werden, daß sie zwar ausfallen, jedoch nach Erholung der nicht genügend destruierten Papille wiederkommen. In solchen Fällen scheint hauptsächlich nur die mechanische Wirkung des Stromes in Aktion zu treten, die sich in einer Auseinanderdrängung der Gewebselemente und Durchsetzung der Zellen mit frei gewordenen Gasblasen (H) äußert. Obschon die vitale Kraft des gesamten Gewebes hiedurch erhebliche Einbuße erleidet, so erholen sich die Keime doch und liefern einen neuen Haaransatz. Das Nachwachsen ähnlicher Haare geht indes viel langsamer vor sich als dies beim physiologischen Haarwechsel oder der mechanischen Entfernung der Fall zu sein pfligt. Meist erst nach 6—8 Wochen wird man im Epilationsgebiete die Nachschübe gewahren können, die oft schon an ihrer abnormen Wachstumsrichtung und veränderten, dystrophischen Beschaffenheit kenntlich sind. Die unregelmäßige Anordnung der rezidivierenden Haare ist vorzüglich durch narbige Knickung und Zerrung der Follikel bedingt und wird bei der Entfernung des Nachwuchses, auf die Stellung der einzelnen Schäfte doppeltes Augenmerk zu richten sein, um die Sondierung der verengten gewundenen Haartaschen ausführen zu können.

Die Zahl der nachwachsenden Haare möchte ich mit 8—10% des ursprünglichen Bestandes beziffern, so daß also nach der Entfernung von 1000—2000 Haaren etwa 150—200 wiederkommen, die dann in 1—2 Sitzungen wieder leicht entfernt werden können. Hat man die Dekalvierung der Lippen, des Kinns oder des Halses gründlichst durchgeführt, so genügt von Zeit zu Zeit in Intervallen von mehreren Monaten eine einzige Sitzung, um den gesamten Nachwuchs von neu aufschießenden und rezidivierten Haaren zu

beseitigen. Die selbst von gewiegten Kennern des Verfahrens nicht zurückgewiesene Behauptung, daß durch die Elektrolyse die Flaumenhaare im Epilationsgebiete sich in kräftigere Formen umwandeln, habe ich trotz genauester Verfolgung niemals bestätigt gefunden. Die zarteren flaumartigen Haare ändern dann ihren Charakter, wenn dies der physiologischen Entwicklungsphase entspricht oder eine in der Hautbeschaffenheit gelegene besondere Tendenz zur Entwicklung kräftiger, pigmentreicher Haare (bei Brünnetten) gegeben ist. Keinesfalls aber kann hierfür die Elektrolyse verantwortlich gemacht werden, ebensowenig wie für den regen Nachwuchs von derberen Formen in gewissen Lebensaltern, wie das insbesondere bei Frauen jenseits der 40er Jahre stattzufinden pflegt; ich wüßte auch nicht welches Prinzip hierbei als das wachstumsbefördernde einwirken sollte, indem weder die temporäre, meist sehr kurz dauernde perifollikuläre Hyperämie, noch die an der Applikationsstelle auftretende Gewebsaustrocknung derart auf die nicht tangierte weitere Umgebung hin wirksam sein kann. Einen provokatorischen Einfluß auf das Nachwachsen epilierter Haare haben wir auch niemals den Seifenwaschungen oder den Einreibungen mit Alkohol zuschreiben können und beruhigt wird man daher den Epilierpatientinnen die Beibehaltung der bisher angewandten Hautpflege empfehlen können. Die durch den verunstalteten Haarwuchs deprimierten und in ihrem seelischen Gleichgewicht oft auch bedenklich erschütterten Mädchen und Frauen pflegen sich gewisse Theorien über die Triebkräfte des Nachkeimens der Haare zurecht zu setzen und dem entsprechend die zwecklosesten und widersinnigsten Kautelen zu beobachten. Sie hüten sich, sich zu echauffieren, trauen sich bei heißem Wetter nicht auszugehen, meiden ängstlich jede Berührung des Gesichtes, waschen sich mit der größten Vorsicht mit Watte etc. Aufgabe des behandelten Arztes ist es, sie auf die Nutzlosigkeit all dieser und ähnlicher prophylaktischer Maßnahmen aufmerksam zu machen, ebenso wie es ihm auch obliegt, gleich zu Beginn der Behandlung auf die Grenzen der Leistungsfähigkeit hinzuweisen, welche der elektrolytischen Depilation gezogen sind. Man wird von vornherein darauf aufmerksam machen müssen, daß ein geringer Prozentsatz der elektrolysierten Haare trotz gründlicher Einwirkung des Stromes noch nach Monaten neuerdings zum Vorschein gelangen kann und es dem Ver-

fahren auch nicht gegeben ist, dem Nachwuchse neuer Haare vorbeugen zu können. Die Kranken werden dann von Anbeginn an mit keinen übertriebenen Erwartungen in die Behandlung treten und um so zufriedener und dankbarer wird man sie sehen, wenn die stets erreichbare Dauerheilung sie endgiltig von ihrem Uebel befreit.

Ueber die Indikationen der kosmetischen Depilation habe ich in zwölfjähriger Uebung des Verfahrens, an einem umfangreichen mehr als 200 Fälle umfassenden klinischen und privaten Krankenmateriale hinreichende Erfahrungen gesammelt, um die Anzeigen in bindende Thesen fassen zu können. Die Beherzigung derselben wird jedem Nutzen gewähren, der den Kranken nicht nur in kurativer, sondern auch in kosmetischer Hinsicht hilfreich beizustehen das Bestreben hat.

Als oberste Regel hat zu gelten, nur solche Fälle in Behandlung zu nehmen, bei welchen die Hypertrichosis keine abnorm verbreitete und nicht allzu exzessiv entwickelt ist. Das Abgehen von diesem Prinzip, wozu sich namentlich übereifrige Anfänger leicht bestimmt fühlen könnten, kann nur zu argen Enttäuschungen führen, die aber keineswegs dem Verfahren zur Last gelegt werden dürfen. In diese angedeutete Kategorie, die glücklicherweise nur sehr vereinzelte Repräsentanten zählt, gehören jene bedauerwerten Fälle, bei welchem die Natur in ihrem Wechselspiele, Mädchen und Frauen einen veritablen Bartwuchs verliehen hat, der in gleichmäßiger Ueppigkeit und Dichte Lippen und Kinn, wie auch die Backen umrahmt. Ohne an irgend einer Stelle durch Flaum unterbrochen zu sein, sitzen die dicken, dunkel pigmentierten, kantigen Haare von 0·10 bis 0·20 mm Dicke in dichtester Anordnung derart gehäuft nebeneinander, daß die Reaktionszonen der einzelnen Follikel beim Epilieren notgedrungen miteinander konfluieren müssen und daher auch die Endausgänge ihrer Destruktion, vielmehr das Produkt des Eingriffs, die feinsten nadelstichgroßen Nerbchen schließlich derart dicht zu stehen kommen, daß sie zusammenfließen und in ihrer Massenhaftigkeit den behandelten Regionen ein weißliches, narbiges, noch durch den Pigmentmangel normaler Brücken auffälligeres Aussehen verleihen. Obwohl die meisten dieser Kranken die Folgen des Verödungsprozesses mit Freuden gegen das ihnen aufgezwungene männliche Attribut einzutauschen bereit sind, so kann man doch nicht genug warnen, auf ähnliche Vorschläge und

Forderungen einzugehen, indem weder die angewandte große Mühe, noch die geopferte lange Behandlungsdauer zum Erfolge in befriedigendem Verhältnisse stehen. Sieht man von diesen Raritäten ab, so findet die Depilation überall ihre Anzeige, wo es sich um beschränkten, nicht zu dichten Wuchs abnorm kräftiger und pigmentierter Haare an exponierten Körperstellen handelt.

Am häufigsten wird man in dieser Hinsicht gegen Hypertrichosis der Oberlippe und der Mundwinkel vorzugehen haben, die bei Brünnetten diskret angedeutet, zwar vielfach im Ansehen einer pikanten Zierde steht, üppiger entwickelt jedoch, vielfach als peinliche Beigabe beklagt und verwünscht wird, umso mehr, als sich diese entstellende Bereicherung gerade bei heranreifenden Mädchen so recht zu entfalten beginnt. Des weiteren fallen in den Wirkungsbereich des Verfahrens die häßlichen Haarbüschel an Gesichtsmalen, die in den Gehörgang eingepflanzten, weit wegstehenden, borstigen Schäfte, der nicht zu selten vorkommende Haarbesatz des Nasenrückens und der Spitze, ferner die Haarbrücken, welche über die Nasenwurzel ziehend, die Augenbrauenbogen zu vereinen pflegen, ebenso auch die gekräuselten, einzeln und in Gruppen stehenden, weit gegen die Backen vorgeschobenen Ausläufer des Kapillitiums, weiters die dicken Haaransätze an Kinn, Hals und Wangen, die namentlich bei älteren Frauen zur Entwicklung zu gelangen pflegen. In allen diesen Fällen wird einer vollberechtigten ästhetischen Forderung Genüge getan, wenn man dem Wunsche der Kranken willfährt und sie von dem entstellenden, oft ihren Lebensgenuß trübenden und beeinträchtigenden Uebel befreit. Ob dieser Gesichtspunkt auch noch zu gelten hat, wenn es sich darum handelt, reichere Haaransätze von den Extremitäten zu entfernen, wozu man seitens der Patienten häufig aufgefordert wird, muß dem Ermessen eines jeden einzelnen überlassen werden. Ich habe diesem Verlangen in den Fällen von diffuser und nicht zu dichter Haarentwicklung niemals stattgegeben. Anders denken darüber die Franzosen, die vielleicht durch besondere Schönheitsbegriffe geleitet, die Depilation der Extremitäten, namentlich der Schenkel, methodisch üben und sich hiezu eigens konstruierter

Stützvorrichtungen, nach Art der gynäkologischen Fußhälter, bedienen. Eine eigenartige Form des Hypertrichosis bedarf noch der besonderen Hervorhebung, mit der wir es leider sehr oft zu tun bekommen, obwohl die Behandlung derselben rechtmäßig in die Leistungssphäre der Neurologen reichen sollte, es ist das jene Form, welche nur in der Einbildung der Kranken existiert.

Das Bild dieser veritablen Trichophobie ist viel zu geläufig, um hier noch eine weitere Schilderung zu rechtfertigen. Einzelne kaum sichtbare Flaumpartien an den Wangen oder zarteste Lanugobesätze an Kinn oder Lippen, die bei Blondinen oft erst der Lupenbetrachtung bedürfen, um wahrgenommen zu werden, genügen, um bei solch erregbaren Personen Wahnvorstellungen auszulösen, von denen sie ununterbrochen gequält, ein beklagenswertes Dasein führen. Nur tief verschleiert wagen solche Kranke die Straße zu betreten, um durch ihre vermeintliche Verunstaltung nicht Abscheu zu erwecken, oder sie vermeiden es überhaupt, tagsüber das Haus zu verlassen. Sind sie in Gesellschaft, so beziehen sie jedes Lächeln auf sich und glauben, verspottet zu werden; harmlos gemachte Aeußerungen werden als boshafte Anspielungen auf ihr Leiden gedeutet, so daß sie schließlich ängstlich einen jeden Umgang meiden und womöglich noch tiefer dem Bann ihrer krankhaften Vorstellungen verfallen. Daß bei solchen Kranken die melancholische Depression selbst so hochgradig werden kann, daß sie Hand an sich legen, um ihrem freudlosen Dasein ein Ende zu bereiten, habe ich jüngst noch bei einer zweiunddreißigjährigen Frau erfahren müssen.

Weist man ähnliche Patientinnen nicht von sich und dekalviert die ihrer Meinung nach arg entstellten Hautgebiete, so genügt man zwar keiner fachlichen Indikation, wohl aber einer allgemeinen therapeutischen Forderung, indem durch den suggestiven Wert des Eingriffes eine beruhigende Einwirkung auf die krankhaften Vorstellungen zu erzielen ist. Leider pflegt man in dieser Hinsicht nur selten einen dauernden Erfolg zu erringen, da die Kranken von ihren Ideen verfolgt, von Zeit zu Zeit mit ihren alten Klagen und Bitten wiederkehren.

Neben der Hypertrichosis, gegen welche wir in der Elektrolyse das Verfahren par excellence zu erblicken haben, gibt es noch eine ganze Reihe von Hautkrankheiten, welche durch die zersetzende Fähigkeit des galvanischen Stromes aufs günstigste beeinflusst werden können und keinem anderen Bekämpfungsg-

mittel in gleicher Verlässlichkeit und Gründlichkeit weichen. Ohne auf die vielfachen Empfehlungen einzugehen, welche die Elektrolyse in einseitiger Ueberschätzung ihrer Leistungsfähigkeit, selbst von fachmännischer Seite gegen die verschiedensten Dermatosen erfahren hat, möchte ich nur jene Läsionsform hervorheben, welche ich in langjähriger Erfahrung als die günstigsten Angriffspunkte der Methode kennen gelernt habe. Es sind das all jene Veränderungen, bei welchen eine partielle Zerstörung, mit möglichster Schonung der Oberfläche und Vermeidung entstellender, wulstiger und schrumpfender Narbenbildungen anzustreben ist. Hieher gehören vor allem die angeborenen und erworbenen Gefäßektasien, ferner Pigmentmähler, rebellische, umschriebene Sykosisformen, weiche Warzen und kleine, nicht zumultipel auftretende Neoplasmen der Haut.

Bei gewissen hartnäckigen, stets rezidivierenden Formen der vulgären kokkogenen Sykosis, wie solche in umschriebenen Scheiben an einzelnen Wangenpartien, dem Filtrum der Oberlippe oder dem Kinn sesshaft zu sein pflegen, läßt sich oft nicht anders als durch gründlichste Zerstörung der infizierten Follikel zum Ziele kommen. Kein zweites Verfahren vermag dies effektiver, d. h. mit größerer Schonung der gesunden interfollikulären Hautpartien zu besorgen, als die elektrolytische Epilation, welche die erkrankten Haartaschen zu definitiver Verödung bringt. Der Vorgang ist der gleiche wie bei der kosmetischen Depilation, nur empfiehlt es sich, vor dem Eingriff alle von den Haaren durchbohrten, follikulären Abszesse zu eröffnen und den Eiter mit in Alkohol getauchter Watta abzutupfen. Auch können Ströme von höherer Intensität schadlos angewendet werden. Bei ausgebreiteter, die Wangen ganz einrahmender Bartfinne möchten wir der Elektrolyse nicht das Wort reden, da die einmal zerstörten Follikel dem Nachwuchse der Haare für alle Zeiten Schranken setzen. Gleich der Sykosis werden die ihr nahestehenden solitären, rezidivierenden Follikulitiden des Naseneinganges, des Nackens und sonstiger exponierter Gebiete aufs beste durch die Kathodeneinwirkung beeinflusst.

Die schönsten Heilergebnisse, mit zartester und feinsten Narbenbildung sind bei der Behandlung von Feuermälern (naevivascularis) nicht zu großer Ausbreitung zu erzielen.

Diese mit besonderer Vorliebe im Gesicht (Wangen, Stirn, Nasenrücken), am Halse oder an der Brust sich lokalisierenden Formen ermöglichen bei ihrem nur oberflächlichen Sitz ein weites Vordringen in die strotzend mit Blut gefüllten Gefäßverzweigungen, ohne gleichzeitige Zerstörung der Oberhaut, so daß gleichsam eine lokalisierte intradermale Auflösung und Verödung vor sich geht, während die schützende epidermale Decke in weitestem Umfange intakt erhalten bleibt.

Auch bei den Blutmälern sehe ich stets nur von der negativen Elektrolyse die günstigste Beeinflussung, indem nur diese eine rasche Zerstörung und kollagene Umwandlung der erweiterten Bluträume ermöglicht und das angestaute Blut zur Gerinnung bringt. Von den oft beträchtlichen Blutungen, welche bei zufälliger Verletzung ähnlicher Geschwülste einzusetzen pflegen, ist hiebei nicht das Geringste zu befürchten, indem die in die ektatischen Blutbahnen versenkten Nadeln beim Durchlaufen des Stromes eine augenblickliche Koagulation bewirken und bei Retraktion auch nicht den geringsten Blutspuren das Aussickern aus den Stichkanälen gestatten. Werden hingegen die aktiven Punktionsnadeln mit der *Anode* armiert, so hat man stets gegen das feste Ankleben der Zersetzungsmassen an dieselben anzukämpfen und ist außerstande, oft noch nachträglich auftretenden profusen Hämorrhagien durch entsprechende Verschorfung der Gefäße vorzubeugen.

Sind die Mäler nur von bescheidenem Umfange, so genügt es, eine einzige gröbere, an die Kathode geheftete Nähna del flach unter spitze stem Winkel zur Haut, von den verschiedensten Stellen der Peripherie aus in die dentritisch geteilten Blutbahnen einzuste chen, wobei man zunächst bestrebt sein soll, die kräftigsten und weitesten im Zentrum des Males sitzenden Branchen zu treffen. Denn diese, die weiteren Verzweigungen speisenden Sammeläste sind es, die bei mangelhafter Zerstörung zum Ausgangspunkte von Rezidiven werden und schon von Haus aus durch eine besondere Regenerationsfähigkeit ausgezeichnet sind. Sind die Zuflußbahnen einmal zerstört, so tritt in den peripheren, aus der Zirkulation ausgeschalteten Zweigen, alsbald eine spontane Involution ein, ohne daß es nötig wäre, auch sie behandeln zu müssen.

Weisen die Flecke eine reichere Verzweigung und größere Ausbreitung auf, so können, um Zeit zu ersparen, mehrere Nadeln gleichzeitig in der Längsrichtung der Gefäßreiser eingestochen und

in das subepitheliale Vaskularisationsgebiet 1—1½ cm weit vorgeführt werden. Hierzu dienen Kabel, die am peripheren Anteil in 6—8 feinste, fadendünne Leitungsschnürchen auslaufen, deren jedes am Ende eine Hülse zur Aufnahme der Nadel trägt. Beim Bespicken des Naevus fixieren sich die oberen und seitlichen Nadeln von selbst, während die unteren der Nachhilfe bedürfen, damit sie während des Ganges der Elektrolyse gelockert, nicht aus den Stiehkäneln gleiten. Auch kann, behufs Vermeidung zu zahlreicher Verletzungen der Oberhaut ein und dieselbe Einstichstelle benützt werden, um die einmal eingeführte Nadel in den verschiedensten Richtungen durchs Gewebe zu führen. Je länger der Strom bei nicht zu hoher Intensität (1·2— Mill. Amp.) zur Einwirkung gelangt, umso verlässlicher geht die Zerstörung der Gefäße vor sich und umso mäßiger wird die nachträgliche Schrumpfung des sich bildenden kollagenen Zwischengewebes in der Kutis, resp. dem subkutanen Lager ausfallen. Dementsprechend gelingt es, bohnen- bis kronenstückgroße Gefäßmäler fast spurlos zum Schwinden zu bringen und eines ganz besonderen Augenmerkes wird es bedürfen, um den einstigen Standort derselben nachträglich noch ausfindig machen zu können.

Die gleichen Kautele sind am Platze, wenn es sich um die Beseitigung erworbener Gefäßektasien handelt. Die Kategorie der letzteren ist in jüngster Zeit um eine ganz eigenartige und in ihrer Pathologie noch unaufgeklärte Form bereichert worden, welche in einer der schönsten technischen Errungenschaften der Gegenwart: den Vaselineinjektionen nach Gersuny ihre Ursache hat. Bald am Nasenrücken beim plastischen Ersatz des destruierten Knochengeriistes, bald bei Ausfüllung der Wangen behufs Maskierung von Alveolardefekten, sieht man fingernagel- bis haselnußgroße, sternförmig verzweigte, von einem angiomatös aussehenden Zentrum ausgehende Gefäßektasien, die ganz den Charakter von Gefäßmälern aufweisen, die möglicherweise durch Stauungszustände des infiltrierten kutanen Gewebes bedingt sein dürften. Das Entstehen derselben habe ich trotz peinlichster Beachtung aller Vorschriften, sowohl bei Einverleibung weicher als auch harter Paraffingemenge, in einem namhaften Bruchteil der von mir ausgeführten Nasenrekonstruktionen verfolgen können. Aehnlich lauten die Klagen auch anderer Fachleute, die sich der Injektionsmethode zum Ausgleich syphilitischer Knocheneffekte bedienen. Ohne an die Ein-

stichstelle gebunden zu sein, okkupieren diese Flecke meist die Nasenwurzel und sind bei ihrer besonderen Hartnäckigkeit und therapeutischen Unzugänglichkeit nur geeignet, den sonst so schönen Erfolg der Vaselineinkorporation infolge der auffälligen Entstellung des Integuments, wieder wettzumachen. In der Tat stellt sich, namentlich bei weiblichen Patienten, die erst noch überglücklich waren, von dem stigmatisierenden Zeichen der Syphilis befreit worden zu sein, alsbald das dringende Verlangen ein, auch die hierbei erworbene Nasenröte los zu werden. Dies kann man jedoch weder mit komprimierenden Pflastern, noch mit adstringierenden oder reduzierenden Mitteln erreichen, welchen die Ektasien, selbst bei monatelang fortdauernder Anwendung, unverändert trotzen.

Diese fleckenförmige Gefäßbildung unterziehe ich seit einiger Zeit der unipolaren negativen Galvanolyse, ganz nach Art der Naevusbehandlung, und kann über das Ergebnis derselben das Beste berichten. Es genügen Ströme von 0·5 bis 2·0 Mill. Amp., um die neugebildeten zarten Gefäßäste in ihrem Bestande zu alterieren und ein Abblassen der Flecke zu erreichen. Höhere Stromintensitäten, gleichwie eine allzulange Einwirkungsdauer sind zu vermeiden, da in dem rarefizierten Gewebe die Verätzung, resp. Verschorfung sehr rasch vor sich geht und gleichzeitig über die Grenzen der Angriffsstelle hinausreicht. Bei Nichtbefolgung dieser Vorsicht werden sich an der Oberfläche Furchen und Kerben bilden, die trotz diskreter Andeutung immerhin den Eingriff verraten.

In kosmetischer Hinsicht gleich befriedigend fällt die elektrolytische Behandlung von nicht zu großen Pigmentmalern, singulär sitzenden Epheliden, einfachen Hämangiomen und Lymphangiomen aus.

Das in den tieferen Reteschichten lagernde Pigment kann bei vielfacher Unterfahrung aufgelöst und der Resorption zugeführt werden, ohne daß hierbei die superfiziellen Zellagen in Mitleidenschaft gezogen würden und die Kutis einer schwereren Alteration anheimfiele, so daß nach erfolgtem Eingriffe weder ein narbiger Defekt an der Oberfläche, noch eine Schrumpfung in der Tiefe resultiert. Freilich gilt dies nur von ganz umschriebenen Pigmenteinschlüssen, bei welchen die ganze Peripherie an dem Reparationsvorgang partizipiert.

Bei ausgebreiteten Pigmentationen, zumal wenn dieselben nur eine Teilerscheinung von elevierten warzigen Naevi bilden,

kann die Elektrolyse, ohne narbige Veränderungen zu setzen, ebensowenig wirksam eingreifen, als bei den über weite Körperstrecken ausgebreiteten dunkelvioletten bis schwarzen sogenannten Feuerflecken. Doch sind die feinsten punktförmigen Narbenstellen der Elektrolyse, für alle Fälle den derben Kallösen, oft höckerig unebenen, gestrickten und gewulsteten, oft auch keloidartig gewucherten Ersatzschichten vorzuziehen, die bei der Zerstörung mit dem Paquelin oder dem Galvanokauter resultieren.

Um bei sehr ausgebreiteten Blutmalen rascher reüssieren zu können, habe ich mir bürstenähnliche Elektroden anfertigen lassen, welche von verschiedener Größe und Form, 10—50 mittelfeine Nadeln nach Art der Borsten in gleichmäßigen Abständen fix in die Fußplatte eingefügt haben. Die kleinen Formen sind mittels Schrauben leicht ans Kabel zu befestigen und ermöglichen ein Areal von 1—4 cm² gleichzeitig in Angriff zu nehmen. Durch gleichmäßigen und variierten Druck werden die Nadelgruppen ins Gewebe eingesenkt, woselbst ihre Tiefenwirkung stets reguliert werden kann.

Bei größeren Pigmentflecken, sowie kleineren Tumoren (Fibrome, Warzen, Xanthom, Molluscum contagiosum, Miliun etc.) empfiehlt es sich, lanzettförmige Nadeln in die Pigmentschicht, beziehungsweise in die Basis der Bildungen einzustechen, die in der ganzen Breite ihrer Schnittfläche die Verschorfung herbeiführen und dadurch das allzu häufige Einführen erübrigen.

Auch bei prominenten Fibromen, elevierten verrukösen Malen und Blutgeschwülsten läßt sich die Aetzung *subtegumental*, mit Erhaltung der schützenden Oberhautdecke durchführen. Im Anschlusse an die Kathodenätzung, die gleichzeitig auch eine beträchtliche, das Gewebe dekomponierende Flüssigkeitsentziehung der Texturen bedingt, sieht man die Gebilde allmählich abflachen und schließlich bis zum Niveau der Haut absinken. Hat die einmalige Einwirkung des Stromes die Schrumpfung, resp. den Pigment- und Gefäßschwund nicht bis zum gewünschten Grade gefördert, so sind die angezeigten Korrekturen stets leicht nachzuholen, ohne den Effekt nach irgend einer Richtung hin zu beeinträchtigen.

Bei gestielten Bildungen, wie solche namentlich durch Fibrome der Augenlider, des Halses und des Nackens reprä-

sentiert werden, genügt die negative Polwirkung an der Basis, um die Geschwülste zur Involution und Abfall zu bringen. Hiebei sind die Eingriffe stets leicht und blutig auszuführen, was dem Verfahren mit Rücksicht auf die große Gemeinde messerscheuer Individuen zu weiterem, nicht zu unterschätzenden Vorteil gereicht.

REFERATE.

Interne Medizin.

Das Antistreptokokkenserum und seine Anwendung beim Menschen. Von Dr. Menzer.

Da die Streptokokken kein eigentliches Toxin enthalten, ihre schädigenden Wirkungen bei ihrer massenhaften Vermehrung im Organismus auf Fermentwirkungen, z. B. hämolytischen, beruhen, so muß ein wirksames Antistreptokokkenserum ein antibakterielles und nicht ein antitoxisches sein. Es wird daher für die Gewinnung eines solchen Serums von vorneherein das Problem der Artverschiedenheit oder Arteinheit der Streptokokken gestreift werden müssen. Der Versuch, unter den Streptokokken verschiedene Arten aufzustellen, hat seine letzte Ursache in einer einseitigen Ueberschätzung der Bakterien und in dem daraus hervorgehenden Bestreben, für jedes scheinbar spezifische Krankheitsbild auch einen spezifischen Erreger zu finden. Die bei den verschiedensten Krankheitsprozessen gezüchteten Streptokokken haben weder morphologische noch biologische prinzipielle Merkmale, höchstens graduelle Verschiedenheiten. Alle Streptokokken haben auch gemeinsame biologische Wirkungen auf den Organismus. Nach M.s Untersuchungen beeinflußt ein Serum, welches mit Streptokokken aus Tonsillenschleim von Gelenkrheumatismuskranken hergestellt ist, nicht nur Gelenkrheumatismus, sondern auch Phthisemischinfektion; ein Scharlachstreptokokkenserum ist in stande, bei chronischem Gelenkrheumatismus eine typische Lokal- und Allgemeinreaktion hervorzurufen, es spricht also alles für die Arteinheit der Streptokokken. Die Verschiedenheit der Krankheitsprozesse, trotz Arteinheit der Erreger, erklärt sich aus der Variabilität des erkrankten Organismus, sowie der Virulenz der Streptokokken, aus der Eintrittsstelle der Keime, der verschiedenen Dispositionen der Gewebsarten für das Festhaften von Bakterien. Da aber ferner

durch die Vermehrung innerhalb eines Organismus auch die Streptokokken selbst verändert werden, so werden auch die Streptokokken, obwohl ursprünglich Artein, dennoch andere fermentative Wirkungen erlangt haben können, je nach den Infektionsprozessen, von denen sie frisch gezüchtet werden. Aus dieser Annahme erklärt sich z. B., wie eine Infektion einer Hautwunde mit Streptokokken eines Puerperalprozesses tödlich wird, während Verunreinigungen mit Mikroorganismen anderen Provenienz, auch Streptokokken darunter, keine weitere Störung nach sich zieht. Ebenso könnte die Scarlatina ohne die Annahme eines rätselhaften Kontagiums aus besonderen fermentativen Fähigkeiten der Streptokokken, wie sie zur Zeit der Krankheit auf den Tonsillen der Scharlachkranken vorhanden sind, gedeutet werden. Das praktische Ergebnis dieses Standpunktes ist die Behandlung der verschiedensten Streptokokkenkrankheiten mit einem Serum, welches von einem von irgend einer menschlichen Infektion gezüchteten Stamme ausgeht.

Aus denselben Gründen ist auch die Frage abzulehnen, ob die zur Immunisierung und Serungengewinnung verwendeten Streptokokken vorher durch Tierpassagen in ihrer Virulenz gesteigert werden sollen — denn für eine bestimmte Tierart zu höchster Virulenz gesteigerte Streptokokken brauchen für den Menschen noch absolut nicht pathogen zu sein, wie zahlreiche Forscher erfahren haben. In diesem Sinne spricht auch M.s Beobachtung, daß die mit tierpathogenen Streptokokken hergestellten Antisera bei chronischen Streptokokkenkrankheiten des Menschen weder Lokal- noch Allgemeinreaktion zu erzeugen imstande sind, während dem mit menschenpathogenen Streptokokken hergestellten Serum diese Fähigkeit zukommt. Die Immunisierung großer Tiere zur Serungengewinnung muß daher mit frisch vom Menschen gezüchteten Streptokokken erfolgen.

Was kann man nun von einem Streptokokkenserum erwarten? Experimentell ist festgestellt, daß der Organismus im Kampfe mit den Kokken die nötige Menge kampftüchtiger Phagozyten herzugeben und die an Ort und Stelle zugrunde gegangenen Bakterien und Zellen, die Abfallstoffe des Kampfes, zu resorbieren hat. Diese letzteren sind aber für den Organismus nicht gleichgültig, sie können noch den verspäteten Tod des Versuchstieres an Eiterintoxikation, trotz fehlender Streptokokkämie, herbeiführen. Man kann aber nicht erwarten, daß selbst die größten Serummengen

instande seien, die Resorption reichlichen Eiters für einen Organismus ungiftig zu machen. Wir können also mit Wahrscheinlichkeit nur erwarten, daß das Streptokokkenserum den menschlichen Organismus im Kampfe zwar zu unterstützen vermag, doch die Hauptleistung dem Organismus selbst überlassen bleibt.

Beim akuten Gelenksrheumatismus, welcher nach Ansicht des Vf. in der überwiegenden Zahl aller Fälle eine von den oberen Luftwegen ausgehende Streptokokkeninfektion ist, dringen die Streptokokken in den Kreislauf, um in den Capillaren der einzelnen Organe haften zu bleiben. Sind die Bakterien noch in der Lage, sich im Blute aktiv zu vermehren, so droht die Gefahr einer Septikämie; besitzt dagegen der Organismus noch genügende Widerstandskraft, so werden die Keime vernichtet, wobei das Blut selbst an antibakterieller Kraft gewinnt, so daß auch die in den oberen Luftwegen eingenisteten Streptokokken ihrem Vordringen einen erhöhten Widerstand entgegengesetzt finden. Auch die in den lokalen Herden bereits angesammelten Kokken werden nun durch den Organismus zu vertilgen gesucht, woraus sich die lokalen Entzündungsprozesse — Arthritis, Pleuritis, Endokarditis etc. — entwickeln. Es springt also nicht die Infektion, sondern die Reaktion von einem Orte zum anderen. Bei dieser Betrachtungsweise ist es selbstverständlich, daß die Anwendung eines Serums, welches ja nur den Reiz zur Phagozytose setzt, solche Komplikationen nicht verhüten kann. Dasselbe gilt auch für andere Streptokokkeninfektionen, z. B. Scharlach. Auch beim Erysipel kann man von einer Serumbehandlung erwarten, daß die etwa im Blute noch kreisenden Erreger vernichtet und auch in ihrer lokalen Vermehrung gehemmt werden, doch darf die Ausbreitung der Entzündung nicht als Maß der Serumwirkung dienen, da die reaktive Hyperämie so weit fortschreiten muß, als die Erreger bereits zur Anwendungszeit vorgedrungen waren. Wird ferner, wie beim akuten Gelenksrheumatismus, nur ein seröser Erguß gesetzt, so kann die Resorption der Abfallstoffe vernachlässigt werden, obwohl sie in schweren Fällen mehr weniger stark das Allgemeinbefinden stört. Anders jedoch bei puerperaler Peritonitis. Bei der durch das Streptokokkenserum angeregten Phagozytose müssen massenhaft Zellen und Bakterien zugrunde gehen, d. h. es kommt zu diffuser phlegmonöser Entzündung des Bauchfells und zu Eiteransammlung. Wird hier nicht durch einen chirurg-

gischen Eingriff für einen Abfluß des Eiters gesorgt, so muß die Serumtherapie immer aussichtslos bleiben. Im ganzen wird also die Einwirkung des Streptokokkenserums bei akuten und chronischen Infektionen eine ganz verschiedene sein. Bei drohender Streptokokkämie wird das Serum die Vernichtung der Erreger im Blute unterstützen, doch wird außer Hebung des Allgemeinzustandes in der Mehrzahl der Fälle wegen der fast stets vorhandenen Herd-erkrankungen eine rasche Entfieberung nicht zu erwarten sein. Bei chronischen Infektionen jedoch, wo ohne erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens geringe Heilungstendenz zeigende Entzündungsprozesse bestehen, werden diese unter dem Einflusse des Serums exazerbieren, und wegen Resorption der dadurch gebildeten fiebererzeugenden Substanzen wird auch Allgemeinreaktion eintreten.

Nach den eingangs gegebenen Grundsätzen kann als Maß der Wirkung eines Antistreptokokkenserums auf den Menschen niemals das Tierexperiment, sondern nur die Erfahrung am Menschen selbst dienen. M. bezeichnet daher für das unter seiner Leitung bei Merck dargestellte Streptokokkenserum als Normalserum ein solches, welches in Menge von 1 cm^3 bei chronischen Streptokokkeninfektionen des Menschen eine erkennbare lokale und allgemeine Reaktion zu erzeugen imstande ist. Für Anwendung und Dosierung im Einzelfalle ist immer nur die Antwort auf die Frage maßgebend, was man in dem betreffenden Falle erreichen will. Ist die Gefahr einer allgemeinen Septikämie gegeben, dann wird man dem Organismus mit großen Dosen zuhelfe kommen, also $20\text{--}30\text{ cm}^3$ gleich anfangs injizieren und eventuell an den nächsten Tagen die Dosis wiederholen. Besteht schon z. B. eine diffuse Peritonitis, dann ist die Kombination der Serumeinspritzung mit Entleerung des Eiters aus der Bauchhöhle *conditio sine qua non*; ebenso bei allen eitrigen Entzündungen im Verlaufe einer Pyämie etc. Besonders vorsichtig muß man mit der Dosierung bei der Behandlung von Phthisemischinfektionen verfahren. Die Möglichkeit einer erfolgreichen Bekämpfung derselben durch Streptokokkenserum ist gegeben, u. zw. werden bei den im Beginne der Phthise auftretenden Streptokokkeninfektionen mit rasch fortschreitendem Charakter große Dosen, $10\text{--}30\text{ cm}^3$ pro die, wiederholt. Bei ausgedehnter Kavernenbildung ist jedoch trotz der Stimulierung durch das

Serum der Organismus nicht mehr imstande, der Erreger Herr zu werden, und ist die verstärkte Resorption von Eiterstoffen aus den Herden dem Kranken nicht mehr zuzumuten. Bei Mischinfektionen mehr chronisch-stationären Charakters wird die Dosierung von sorgfältiger Individualisierung abhängen. Da durch Anwendung des Streptokokkenserums die chronisch-pneumonischen Prozesse in akute verwandelt und hiedurch die Resorption giftiger Stoffe erhöht wird, ferner gewöhnlich die Ausbreitung der Mischinfektion eine weit größere ist, als nach dem physikalischen Befunde vermutet werden kann, wird man in der Dosierung, namentlich größerer Mengen, sehr vorsichtig sein. M. hält nur solche chronisch-stationäre Phthisen für die Behandlung mit Streptokokkenserum für geeignet, bei welcher der Gesamtzustand und der objektive Lungenbefund es wahrscheinlich machen, daß der Organismus seine chronisch entzündlichen Herde noch wirksam anzugreifen imstande ist. M. verwendet hiezu anfangs $\frac{1}{2}$ cm³ Serum und injiziert unter genauer Kontrolle des Gewichtes zunächst alle acht Tage, dann unter allmählicher Steigerung der Dosis alle vier bis fünf Tage.

Kontraindiziert ist die Anwendung des Streptokokkenserums bei größeren pleuralen und perikarditischen Exsudaten wegen der zu erwartenden Steigerung der Ergüsse. In der akuten und chronischen rheumatischen Endokarditis sind jene Fälle mit starker Vergrößerung des Herzens, Endokarditis an verschiedenen Ostien, vor allem aber Stenosenercheinungen am Mittellostum, von der Serumbehandlung auszuschließen.

Auch postrheumatische *Chorea* hat M. mit Streptokokkenserum behandelt. Auch hier traten zunächst stärkere Reizerscheinungen, Zunahme der choreatischen Bewegungen auf, um dann bei fortgesetzter Behandlung ($\frac{1}{2}$ —1 cm³) rasch nachzulassen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 26 und 27, 1903.)

Vier Fälle von innerer Lysolvergiftung. Von Dr. K. Liepelt.

Das Lysol ist keineswegs so ungefährlich, als allgemein geglaubt wird. Bis jetzt sind 37 Fälle von Vergiftung in der Literatur mitgeteilt. L. sah vier Fälle, wo Lysol in selbstmörderischer Absicht getrunken wurde. Die Symptome bestanden in Verschorfung der Mundschleimhaut — gelbliche oder grauweiße dicke Aetzschorfe — und schweren allgemeinen Intoxikationserscheinungen — Koma, Trismus, Zyanose und Krämpfe. Die Magenspülung fördert trübe, mit gelbweißen Fetzen durchsetzte Flüssigkeit heraus. Die Magenspülung ist auch das wichtigste therapeutische Hilfsmittel da das

Lysol vom Magen nachgewiesenermaßen nur langsam resorbiert wird. Die Spülung muß so lange fortgesetzt werden, bis das Spülwasser klar zurückkommt. — (Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 25, 1903.)

Ueber die Leistungsfähigkeit der Eisentherapie. Von Dr. E. Biernacki.

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen, welche sich nicht auf einfache Hämoglobinbestimmung beschränken, sondern hauptsächlich Blutkörperchenzahl und Wassergehalt, respektive Trockenrückstand des Blutes berücksichtigen, ergibt sich, daß unter zahlreichen therapeutischen Indikationen zum Eisengebrauch eigentlich nur die eine wahre Chlorose des Pubertätsalters als feststehend und untrüglich betrachtet werden darf. Dagegen hat die so häufige Anwendung des Eisens bei blassen, in der Regel keine hydrämischen Blutveränderungen tragenden Neuropathen, respektive überhaupt bei funktionellen Neurosen weder logische noch empirisch-klinische Gründe für sich; sie existiert in der modernen Medizin nur dank der Tradition und dem Nachahmungstrieb. Es sei noch hinzugefügt, daß die Heilwirkung des Eisens bei der Chlorose bisher nur für dessen größere Dosen, durchaus nicht für sehr kleine (in den Eisenwässern) für bewiesen gelten kann. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 18—20.)

Physikalische Therapie.

Thermotherapie. Von Dr. Neumann.

Durch die modernen Formen der Thermotherapie ist ein großer Fortschritt schon dadurch gegeben, daß eine lokale Verwendung von Wärme und Hitze sich leicht ermöglichen läßt. Infolge dessen sind Temperaturen bis zu 160° C. in Verwendung zu bringen und dadurch auch lokale Heilwirkungen denkbar geworden, die früher in keiner Weise erreichbar waren. Für diese Zwecke in Anwendung gezogen wurde im Landesbad Fango, Tallermann und das elektrische Glüh- und Bogenlicht, und zwar ersteres in 3900 Applikationen, der Tallermann in 3500 Fällen (beides innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren), das elektrische Glüh- und Bogenlicht 2200mal innerhalb zweier Jahre. Auf Grund der gewonnenen Erfahrungen wurde aber dem Bogenlicht der Janduslampe (Hochspannung und 3 cm langer Lichtbogen) entschieden der

Vorzug gegeben. Nach diesen verschiedenen Prozeduren treten Erscheinungen auf, welche sämtlichen Methoden gemeinsam sind: Einmal starke Vaskularisation der betreffenden Körperpartie, meistens leichte allgemeine Temperaturerhöhung, energische Schweißsekretion, mäßige Steigerung der Pulsfrequenz. Gemeinsam ist ferner die Tatsache, daß lokal hoch gesteigerte Temperaturen vom Herzen meist gut vertragen werden, ferner, daß wohl durch die angeregte Ausscheidung von Toxinen das Allgemeinbefinden sich eher hebt, der Appetit sich steigert, das Herz vielfach kräftiger wird und beträchtliche Gewichtsabnahmen nicht eintreten. O e r t l i c h finden infolge der energischen arteriellen Hyperämie in der Tiefe Resorptionsvorgänge statt. Interessant ist auch die schmerzstillende Wirkung auf lokal behandelte Teile. Eine Hautreizung kam nie zur Beobachtung, und Verbrennungen können bei gutem Wartepersonal von halbwegs verständigen Patienten sicher vermieden werden. Interessant ist die Tatsache, daß im elektrischen Bogenlichtbade manchmal schon während des Bades eine Pulsverlangsamung eintritt. Die lokale Schweißsekretion, der ja immer eine allgemeine folgt, scheint zweifellos am intensivsten bei trockener überhitzter Luft zu erfolgen, wie auch die Blutfüllung der Haut am deutlichsten und nachhaltigsten nach Anwendung des T a l l e r m a n n'schen Apparates sichtbar wird. Drückt man nach längerer Anwendung desselben eine Glasplatte auf die Haut, so ist es nicht möglich, die tieferen Schichten derselben vollständig blutleer zu machen. Ferner nimmt nach Thermoanwendungen der Umfang der betreffenden Glieder ansehnlich zu. Welche Anregung für Resorption und Lymphbewegung damit gegeben ist, geht aus der arteriellen Hyperämie hervor, umso mehr, als auffallenderweise die Venen an dieser Hyperämie nicht beteiligt sind, sondern variköse Erweiterungen eher kleiner werden. Gemeinsame Indikationen für alle Arten von Thermo-therapie sind Gelenkerkrankungen subkutanen und chronischen Charakters, zweitens Neuralgien und Neuritiden, drittens Muskelatrophien peripheren Ursprungs. Auffallend ist, daß solche Fälle neuritischen Ursprungs besonders unter dem Gebrauch des Bogenlichtes mit der Janduslampe rasch zur Besserung und zur Heilung gelangen, wie man es von sonstigen Behandlungsweisen, insbesondere von monatelangem Galvanisieren, nie sieht. Hohe Hitzegrade wirken auch auf erschlaffte und erkrankte fibröse Gewebe, wie sie bei der rheumatischen Schwiele, dem entzündlichen Plattfuß und der Versteifung der Wirbelsäule

in Erscheinung treten. Besonders in Verbindung mit Gymnastik lassen sich geradezu glänzende Erfolge erzielen. Von internen Krankheiten eignen sich für Thermotheapie, insbesondere für Fangoanwendung, chronische Exsudate der Bauchhöhle (puerperale Exsudate, Gallensteinerkrankungen und deren Folgen etc.). Ganz eigenartige und vorzügliche Erfolge erzielte Neumann bei aus den verschiedensten Ursachen zustande gekommenen Ankylosen von Gelenken (mit Ausnahme derer tuberkulösen Ursprungs, die nie zur Behandlung mittels thermotheapeutischer Prozeduren gezogen wurden), indem er dieselben in tiefer Narkose brach und dann sofort der Wirkung des Fingos und abwechselnd des Tallermann'schen Apparates aussetzte. Auf diese Weise kann man im vollsten Gegensatz zu den bisherigen Behandlungsmethoden sehr bald mit maschineller Gymnastik beginnen und in vielen Fällen den Zustand des Kranken ganz außerordentlich bessern. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther., Bd. 6, H. 11, 1903.) B.

Le massage dans les maladies nerveuses. Von Dagrón.

Selbstverständlich kann die Massage eingetretene pathologisch-anatomische Veränderungen nicht rückgängig machen oder ihren Verlauf irgendwie beeinflussen. Sie kann nur ihre Symptome mildern und die Atropie einzelner Muskeln oder Muskelgruppen hintanhalten, bezw. sie schnell kräftigen, wenn sie ihre Funktionen wieder aufnehmen. In ihrer Ausführung muß sich die Massage den Verhältnissen des Einzelfalles, seiner Art und seinem Entwicklungsstadium anpassen. In jeder Nervenkrankheit finden sich drei Symptomenformen mehr oder weniger stark ausgeprägt; Lähmungen, Neuralgien, Kontrakturen; gegen sie muß je nach der vorliegenden Indikation vorgegangen werden. Die Behandlung der Lähmungen wird besprochen an dem Beispiel einer Radialislähmung mit dem Hinweis darauf, daß hier eine Massagebehandlung schneller und sicherer wirkt wie die elektrische Behandlung. Es werden zuerst leichte Streichungen im Verlauf des Nerven ausgeführt, die bezwecken, die Zirkulation in den Venen, die den Nerv begleiten, zu unterstützen, die Resorption von Exsudaten, die sich in seinem Verlauf finden können, zu begünstigen und den Nerv selbst, der manchmal empfindlich ist, zu anästhesieren. Dann werden alle von dem gelähmten Nerv innervierten Muskeln mit sanften Streichungen massiert, um das Eintreten einer Atrophie zu verhüten, in der Erwartung, daß der Nerv wieder leistungsfähig werden wird. Diese Massage muß eventuell

lange fortgesetzt werden, auch wenn die Zentren des Nerven affiziert sein sollten, in der Hoffnung, daß eventuell benachbarte Nerven für den gelähmten eintreten werden. Dann folgen nach einigen schnelleren und kräftigeren Streichungen der Antagonisten, die, da sie nicht arbeiten, auch eine Tendenz zur Ermüdung und Degeneration haben, passive Bewegungen der Gelenke, späterhin aktive Bewegungen und Uebungen der Muskulatur. Die Behandlung der Neuralgien wird an dem Beispiel einer Ischias besprochen, mit dem Hinweis darauf, daß bei Neuralgien eine Heilung selten die Regel, aber eine Besserung häufig ist. Der kranke Nerv wird in seinem Verlauf massiert, die Streichungen müssen sanft und nicht schmerzhaft sein; sie befördern die Zirkulation und anästhesieren den Nerven. Dann folgt eine Massage der Muskeln, die bezweckt, die großen Gelenke zu entspannen. Erst später — vom dritten bis vierten Tage ab — folgen Bewegungen in den Gelenken und leichte Dehnungen des Nerven. Die Behandlung der Kontrakturen wird besprochen an dem Beispiel eines Tortikollis. Es kommt hierbei darauf an, die gespannten Muskeln sanft zu massieren und zu dehnen, die gedehnten Muskeln kräftiger zu massieren, um sie zu kräftigen. In vielen Fällen werden die Kontrakturen so wenigstens gemildert werden können, in manchen Fällen sogar wesentlich gebessert werden, wenn der pathologische Prozeß, der sie bedingte, noch zurückgeht und die Leitungsbahnen sich zum Teil wiederherstellen. — (Le bulletin médical Nr. 19, 1902.) B.

Chirurgie.

Zur Kasuistik der tragfähigen Unterschenkelstümpfe. Von Dr. Amberger.

Obwohl die Bedeutung eines tragfähigen Stumpfes ganz klar ist, hat sich die von Bier angegebene Methode dennoch nicht einbürgern können. Die Methode besteht darin, daß die Markhöhle des Knochens durch einen aus der Rindensubstanz herausgesägten Deckel geschlossen wird, so daß sich kein vorspringender Markkallus bilden kann. Die Methode ist also etwas kompliziert, und deshalb hat Bunge dasselbe Ziel auf leichtere Weise zu erreichen getrachtet. Den Markkallus vermeidet er dadurch, daß er das Knochenmark auf eine kurze Strecke mit dem scharfen Löffel entfernt, den Periostkallus dadurch, daß er das Periost in der Höhe der Sägefläche durchtrennt.

Auf der chirurgischen Abteilung des Prof. Rahn wurden seit einiger Zeit beide Methoden geübt; die Erfahrungen des Vf. erstrecken sich auf 15 Fälle nach Bier und 3 Fälle nach Bunge. Die Tragfähigkeit des Stumpfes war entsprechender Nachbehandlung bei beiden Methoden eine gute. Vf. empfiehlt daher das komplizierte Bier'sche Verfahren für alle Fälle, deren Heilungsverlauf voraussichtlich ein guter sein wird; hat man aber Grund daran zu zweifeln oder arbeitet unter ungenügender Assistenz, wie der praktische Arzt auf dem Lande, dann wähle man die Bunge'sche Methode, die ebenfalls schöne Resultate liefert. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 22, 1903.)

Zur Symptomatologie der Gelenkfremdkörper. Von Privatdozent Dr. Schnitzler.

Vf. macht auf das Krankheitsbild aufmerksam, das entsteht, wenn Fremdkörper in das Gelenk oder in dessen nächste Nähe eindringen und das unter dem Bilde eines rezidivierenden Gelenkshydrops oder sogar eines Gelenksfungus verläuft. Vf. hatte Gelegenheit, zwei hierher gehörige Fälle zu beobachten. Im ersten Falle handelte es sich um einen 10jährigen Knaben, der $2\frac{1}{2}$ Jahre vorher auf das linke Knie gefallen war und seit dieser Zeit an Gelenksschwellung litt. Mehrere zu Rate gezogene Aerzte stellten die Diagnose Fungus und immobilisierten das Gelenk. Im fixen Verband hat Patient stets gut gehen können und die Schwellung ging zurück. In der Meinung, daß es sich um einen in der Nähe des Gelenkes befindlichen osteomyelitischen Herd handelt, ließ Vf. eine Röntgenphotographie anfertigen, welche den überraschenden Befund einer 2 cm langen Nadel im Knorpelüberzuge des äußeren Femurkondyls ergab. Nach Eröffnung des Gelenkes und Extraktion des Fremdkörpers trat definitive Heilung ein.

Im zweiten Falle fand Vf. bei einem kräftigen 21jährigen Studenten eine pastöse Schwellung des Metatarso-phalangeal-Gelenkes der großen Zehe mit zwei Fisteln, die von blauviolett unterminierten Rändern umgeben waren und dünnen serösen Eiter sezernierten, also das Bild einer Gelenkstuberkulose. Die Anamnese ergab, daß Patient 13 Monate früher sich einen Holzspahn in die große Zehe hineingetrieben hat, derselbe wurde extrahiert und nach 14 Tagen konnte Patient gehen und blieb ein Jahr lang gesund. Ohne jede äußere Veranlassung brach die alte Narbe später wieder auf und sezernierte serösen Eiter. Vf. spaltete die Fisteln und exochlierte aus dem Gelenke schwammige Granulationen und

zwei aufgefaserter Holzspähne, worauf dann in kürzester Zeit Heilung eintrat.

Wenn also der reizende Fremdkörper aus dem Gelenke entfernt wird, tritt bald Restitutio ad integrum ein; man sollte daher in solchen Fällen von größeren Eingriffen, z. B. einer Resektion oder Arthrotomie absehen. — (Med. Presse, Nr. 23, 1903.)

Verschließung von Bauchwunden und Bruchforten durch versenkte Metallplatten. Von Privatdozent Dr. Isnardi.

Vf. hat die von W i t z e l angegebene Methode der versenkten Drahtnetze verbessert, indem er statt der Netze ganz dünne, runde oder ovale, biegsame, durchlöcherter Metallplatten mit einem erhöhten, abgestumpften Rande benützt und dieselben nicht auf die Aponeurose, sondern direkt auf das Peritoneum auflegt.

Zu diesem Zwecke präpariert er bei Nabelbrüchen den Bruchsack sorgfältig ab und unterbindet ihn, dann löst er noch das Peritoneum von der Bauchpforte in einer Ausdehnung von 2 cm ab und legt in die Höhle die Platte ein. Die Platte schützt also die Bruchpforte vor jedem Drucke von Seite der Eingeweide, glättet das Peritoneum, verwächst mit ihm und bewegt sich mit demselben, sie verursacht keine Schmerzen und schützt am besten vor Rezidiv.

Auch bei voluminösen Schenkel- und Leistenhernien haben sich die Platten bewährt. 50 nach dieser Methode operierte Hernien bestätigen die Brauchbarkeit der Methode. — (Zentralbl. f. Chir., Nr. 17, 1903.)

Rückenmarklähmung durch ein Chondrosarkom des sechsten Brustwirbels. Operative Heilung. Von Prof. James Israel.

Eine 39jährige Patientin erkrankte mit Schmerzen in der rechten oberen Bauchwand, zu welchen sich nach $\frac{5}{4}$ Jahren Schwäche im rechten Bein gesellte, später traten auch Schmerzen im linken Bein ein, außerdem bestanden Parästhesien in den Beinen und drei Monate später bemerkte Patientin eine Erschwerung der Harnentleerung. Nach genauen, zusammen mit Prof. Jolly vorgenommenen Untersuchungen wurde die Diagnose auf einen extramedullären Tumor, der das Rückenmark komprimierte und die Höhe des siebenten Dorsalsegments erreicht haben mußte, gestellt.

Nach Resektion des sechsten Wirbelbogens stieß man auf den Tumor, der das Rückenmark verdrängte und komprimierte. Der Tumor konnte wegen seiner Brüchigkeit nur mit dem scharfen Löffel entfernt werden. Da der Tumor in den Wirbelkörper tief eindrang, mußte auch ein Teil desselben entfernt werden, dabei

wurde, da der Wirbel in seiner ganzen Dicke von Tumormassen durchsetzt war, die Pleura mit dem scharfen Löffel verletzt und ein Pneumothorax erzeugt. Die Heilung trat trotzdem *prima intentione* ein. Der Erfolg der Operation äußerte sich in einer von den Zehen aufwärts fortschreitenden Rückkehr der Sensibilität und Motilität. Am 19. Tage konnten die Zehen bereits gestreckt, am 25. die Unterschenkel im Knie gebeugt werden. Am 31. Tage gelang der erste Versuch zu stehen und 14 Tage später die erste Gehübung. Die Patientin konnte schließlich mit Hilfe eines Stockes gehen und Treppen steigen. Die Untersuchung des Tumors stellte die Diagnose Chordrosarkom fest. — (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 22, 1903.)

Unblutige Behandlung der Dupuytren'schen Fingerkontraktur.

Von Dr. Lengemann.

Da die Resultate der operativen Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur trotz vollständiger Exstirpation der Stränge nicht immer einwandfrei waren, entschloß sich Vf., auf der chirurgischen Klinik des Prof. Mikulicz Versuche mit Thiosinamin, dessen narbenerweichende Eigenschaften in der letzten Zeit mehrmals hervorgehoben wurden, zu machen. Die in zwei Fällen, einem leichteren und einem mittelschweren, durchgeführte Behandlung ergab ein sehr gutes Resultat, die Narben wurden weicher, die Einziehungen flacher und die Finger streckten sich; die Patienten konnten ihrem Berufe wieder nachgehen. Jedenfalls wurden Resultate erzielt, die nach Ansicht des Vf. dem operativen Erfolg gleichkommen.

Die Behandlung bestand in Injektion von 1 cem einer Lösung: Thiosiamini 2·0, Glycerin 4·0, Aqu. destill. 14·0, in die Nähe der Narbe. Die Injektionen wurden anfangs täglich, später alle acht Tage gemacht. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, einigemal folgten den Injektionen leichte Schwellungen mit Schmerzen, die aber bis zur nächsten Injektion verschwunden waren. — (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 23, 1903.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Beobachtungen bei 1200 Chloroformnarkosen. Von Boureau.

Vf. berichtet über 1200 Narkosen mit Chloroform, welche im Laufe von 2½ Jahren gemacht wurden und ohne Todesfall verliefen. Statt der Maske, welche den Nachteil hat, das Gesicht zu

verdecken, wurde ein zusammengefaltetes Taschentuch in Verwendung gezogen, welches allmählich Tropfen für Tropfen mit Chloroform befeuchtet und im Beginne der Narkose in ziemlicher Entfernung vom Gesichte gehalten wurde. Erst nach und nach darf das Tuch genähert werden und kann schließlich auf Mund und Nase dicht aufgehalten werden. In zwölf Fällen trat Chloroformsynkope ein, die durch künstliche Respiration beseitigt wurde. Die Narkose wurde mitunter mit Bromäthyl begonnen und dann mit Chloroform fortgesetzt. Zumeist war bereits nach 8—10 Minuten vollständige Narkose vorhanden. Beckenhochlagerung zeigte sich für die Narkose eher günstig. Ist man in die Notwendigkeit versetzt, die Zunge vorzuziehen, so soll man darauf sehen, daß die untere Zungenfläche nicht mitgefaßt wird, weil sie gefäßreich und sehr leicht zerreißlich ist. Die Narkose wurde ausnahmslos bei allen Kranken, auch bei Herz- und Nierenkranken, in Anwendung gezogen. — (Revue de chir. Nr. 5, 1902.) Königstein.

Ueber den Wert des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie.
Von Pichler.

Dem Aluminiumbronzedraht scheint es vorbehalten zu sein, den derzeit noch allgemein in Gebrauch stehenden Silberdraht allmählich verdrängen zu sollen. Auf der chirurgischen Klinik von Mikulicz in Breslau ist dies bereits vollständig geschehen, weil bakteriologische Versuche ergeben haben, daß der Aluminiumbronzedraht eine gewisse Desinfektionskraft besitzt. Agarkulturen der verschiedensten pathogenen Mikroorganismen wurden in Petrischalen gebracht und auf die Nährböden wurde eine Anzahl verschiedener Metalldrähte gelegt. Bereits nach 24 Stunden waren um einzelne Metalldrähte bakterienfreie Zonen nachzuweisen. Am breitesten waren dieselben um Kupferdraht, nächst dem um Aluminiumdraht. Bei diesen Metallsorten kamen mitunter nicht scharf umschriebene keimfreie Zonen vor, oder die Kolonien waren weniger dicht, kleiner, weniger üppig. Mehrfach gekochter und längere Zeit liegender Draht ist ganz neuem noch glänzendem vorzuziehen. — (Zentralbl. f. Chir. Nr. 16, 1901.) Königstein.

Die Bradykardie im Wochenbette. Von A. Szabó.

Vf. verfügt über eine große Zahl von eigenen Untersuchungen an Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Darauf sich stützend, gibt er eine eingehende Studie über die Bradykardie im Wochenbette. Bei 68 Schwangeren, die er auf ihre Pulsfrequenz untersuchte, konnte er kein einziges Mal 65 oder weniger als

65 Pulsschläge in der Minute konstatieren, dagegen waren bei 26% der Fälle weniger als 75 Pulsschläge in der Minute vorhanden. Meistens beginnt die Bradykardie bereits in der Nachgeburtsperiode. Unter 302 daraufhin untersuchten Wöchnerinnen fand Vf. die niedrigste Pulszahl am häufigsten am sechsten und siebenten Tage. Die Durchschnittszahl betrug bei 124 fieberfreien Primiparen 62·6 Pulsschläge (Minimum 40), bei 212 fieberfreien Multiparen 57 (Minimum 38 in einem Falle am fünften Tage des Wochenbettes), bei sämtlichen fieberfreien Wöchnerinnen 59·8. Vf. berichtet weiters über Atropinversuche bei Wöchnerinnen mit Bradykardie, und zwar in Form von Injektionen von 0·0005 g Atropin und war in der Lage, festzustellen, daß die Pulsfrequenz schon nach 25—30 Minuten zunahm und nach Verlauf von einer Stunde am größten war. Der Puls wurde kleiner und weicher und stiftete die Arrhythmie. Dieser Umstand spricht zu Gunsten der Neumann'schen Hypothese, daß nämlich die Bradykardie ihre Ursache in einer Reizung der kardialen Hemmungsfasern hat, welche letztere wieder auf einer Reizung des Vaguszentrums beruht. — (Orvosi hetilap Nr. 35 und 36, 1901.)

Königstein.

Die intravesikalen Anzeichen für perivesikale Entzündungsvorgänge beim Weibe. Von Bierhoff.

Vf. berichtet über 443 diesbezügliche cystoskopische Untersuchungen, welche er an der Knorr'schen Klinik in Berlin Gelegenheit hatte, an Frauen vorzunehmen, die nebst Perimetritis, Parametritis, Lageveränderungen an Harnbeschwerden litten. Von den untersuchten 443 Fällen zeigten 214 Perimetritis u. dgl., 264 Harnbeschwerden, 136 perivesikale Bänder, 8 keine anderen erkennbaren Ursachen für die Harnbeschwerden, außer perivesikalen Veränderungen, 67 perivesikale Veränderungen als Komplikation. Man muß unterscheiden, ob die perivesikale Entzündung frisch oder alt ist. Ist sie frisch, so ist die Ausdehnungsfähigkeit der Blase vermindert, die Blasenwand wird an der entzündeten Stelle nach innen vorgewölbt, mitunter ist sie auch ödematös, wenn die Entzündung auf sie selbst überzugreifen beginnt. Handelt es sich um einen älteren Prozeß, so haben die exsudativen Massen Zeit gehabt, sich zu organisieren und man findet dann scharfe, streifenartige Vorsprünge von weißgelber Farbe, die sich an den Enden gabeln. Der gewöhnliche Sitz dieser perivesikulären Bänder sind die unteren seitlichen, oberen hinteren und hinteren seitlichen Teile der Blase. Von diesem Befunde ist die „Columbar bladder“ zu unterscheiden,

welche nur bei Behinderung der Entleerung der Blase zum Vorschein kommt und sich dadurch charakterisiert, daß das sich kreuzende Netzwerk von Vorsprüngen über die ganze Blase ausgebreitet ist. Eine Kontraktion der Blasenmuskulatur kann ebenfalls nicht zu Verwechslungen führen, da sie kommt und geht und sich über die ganze Fläche der Blase bewegt. Was die Behandlung betrifft, so ist bei frischen Prozessen die perivesikuläre Entzündung zu bekämpfen. Ist es bereits zur Bildung perivesikulärer Stränge gekommen, dann muß die Blase systematisch durch Einspritzen immer zunehmender Flüssigkeitsmassen allmählich gedehnt werden.

— (Med. news 1901.) Königstein.

Zur Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses. Von Abel.

Die Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses ist für die Betroffenen von größter Wichtigkeit, da ja der therapeutische Erfolg wesentlich davon abhängt, in welchem fortgeschrittenem Stadium sich das Karzinom eben befindet. Leider lassen sich aber die frühesten Anfänge des Karzinoms histologisch sehr schwer nachweisen. Vf. ist nun der Ansicht, in dem Verhalten der elastischen Fasern ein Kriterium gefunden zu haben, das eine größere Sicherheit im Erkennen des Frühstadiums des Krebses zu bieten imstande ist. Vf. fand nämlich an Schnitten durch krebsiges Gewebe, die nach Weigert mit Resorzin-Fuchsin gefärbt waren, bei starker Vergrößerung, daß die elastischen Fasern die Krebsnester nicht bloß umgeben, sondern daß hie und da auch innerhalb derselben kurze Bruchstücke von elastischen Fasern zu sehen sind. Dieser Befund dürfte ein Beweis dafür sein, daß die Karzinomzellen imstande sind, das elastische Gewebe zu zerstören und wird sich nur in wirklichen Krebsnestern vorfinden, während atypische gutartige Epithelwucherungen, Hyperplasien, wie bei spitzen Kondylomen, Pachydermien, denselben nicht aufweisen können. Dreifarbige Abbildungen von mikroskopischen Schnitten durch ein Portiocaneroid nach Weigert gefärbt, veranschaulichen in klarer Weise dieses wichtige Verhalten der elastischen Fasern. — Arch. f. Gynäkol. Bd. 64, H. 2; Festschrift.) Königstein.

Ueber Kephälhämatom. Von P. Queirel.

Genauere Daten über diese seit langem schon bekannte und interessante Affektion verdanken wir erst der jüngsten Zeit. Es handelt sich um einen Bluterguß zwischen Periost und Knochen in Form mehrerer kleiner oder doch zumeist einer großen Beule an den parietalen Seiten. Die anatomische Beschaffenheit der Gegend,

in welcher der Bluterguß stattgefunden hat, ist insoferne für die Größe und Konfiguration bestimmend, als das sich sonst leicht ablösende Periost an den Knochenrändern und in der Gegend der Suturen mit den darunter befindlichen Teilen innig verklebt ist. Da auch die Blutaustritte im Niveau der Beulen eine größere Zerreiblichkeit zeigen, so sieht man eben den flüssigen Bluterguß zuerst dort entstehen, der auch eben daselbst von der Gerinnung bis zur Aufsaugung alle bei Blutergüssen entstehenden Veränderungen erleidet. Betreffs der Ursache der Entstehung bringt der Autor die Theorie von Féré, daß nämlich Traumen diese Hämatome verursachen, weiters die Ansicht von Pinard, daß Traumen allein Hämatome nicht hervorbringen können, sondern daß eine Disposition der betreffenden Kinderschädel zu kraniellen Fissuren mehr oder weniger vorhanden sein müsse. Die Traumen entstünden meist durch ein Abgleiten, besonders bei Neugeborenen mit langen Haaren. Im Geburtsverlaufe könnten durch diese auf die Kopfhaut und die darunter liegenden Gewebe Zerrungen ausgeübt werden. In klinischer Hinsicht ist es für das Kephalthämatom eigentümlich, gewissermaßen pathognomonisch, daß es erst 24—48 Stunden nach der Geburt auftritt und sich schon durch diesen Umstand von der gewöhnlichen Kopfgeschwulst unterscheidet. Weiters kann man an der Peripherie des Blutaustrittes ein knöchernes Polster tasten, das bei oberflächlicher Untersuchung eine Knochenvertiefung vortäuschen könnte. Ausgenommen jene Fälle, in denen das Kephalthämatom den ganzen Knochen bis zu den Suturen einnimmt, ist dieses Polster immer zirkulär. Bezüglich der Therapie ist Vf. der Ansicht, die Geschwülste ruhig sich selbst, d. h. der Resorption zu überlassen. — (Ann. de gyn. et d'obstétr. 1901.)

Königstein.

Laryngologie und Rhinologie.

Arthritis crico-arytaenoidea bilateralis rheumatischen Ursprungs. Von Dr. Urbano Melzi.

So wie irgend welche Gelenke des Körpers können auch die des Larynx von Entzündungen betroffen werden und dadurch beträchtliche Behinderungen der Bewegungen der einzelnen Teile des Kehlkopfes verursachen; während derartige Störungen neuropathischen Ursprungs seit langer Zeit gründlich studiert wurden, blieben solche Bewegungshinderungen entzündlichen Ursprungs relativ un-

beachtet und manche Larynxarthritiden wurden zweifellos als Neurosen betrachtet. M. berichtet über einen sehr instruktiven Fall solcher Art. Ein 20jähriges Mädchen litt an starkem Husten ohne Schleimauswurf, Brustschmerzen, Fieber und Atemnot; später traten Schlingbeschwerden und Aphonie hinzu. Die inneren Organe zeigten nichts Abnormes, die präalaryngealen Teile des Halses waren ziemlich geschwollen und bei der Palpation, welche den Husten vermehrte, etwas schmerzhaft. Die Larynxschleimhaut war hyperämisch und an den Arytänoidgelenken stark geschwollen, die Stimmbänder fast unbeweglich in Adduktionsstellung.

Nach diesen Symptomen und bei Abwesenheit von Merkmalen der Hysterie und anderer Erkrankungen des Nervensystems diagnostizierte M. eine doppelseitige Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica. Inhalationen, warme Halsumschläge und innerlich Natr. salicylic. brachten rasch prompte Heilung. (Ref. möchte darauf hinweisen, daß die prompte Wirkung von Salizylpräparaten in solchen Fällen oft geradezu differentialdiagnostisch verwertet werden kann. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 13, H. 1, 1902.) Weil.

Die Wahl eines Anästhetikums für kurze Operationen in Hals und Nase. Von Dr. J. Henry Chaldecott.

Als solche kurzdauernde Operationen kommen die Entfernung von hypertrophischen Tonsillen und adenoiden Vegetationen, Muschelamputationen, Entfernung von Nasenpolypen, endlich die Eröffnung der Highmorshöhle vom Processus alveolaris aus in Betracht; als Anästhetika Chloroform, Lust- und Lachgas, Aether, Aethylehlrid. Speziell bei der Operation der Gaumen- und Rachenmandeln hält Ch. das Chloroform für sehr gefährlich, denn er hat da nicht weniger als 50 Todesfälle aus der Literatur zusammenstellen können, bei Kindern und Erwachsenen, in der Privat- und Spitalspraxis, in allen Stadien der Operation: vor Beginn, während derselben und nach ihrer Vollendung. In vielen Fällen fand sich Blut in Larynx, Trachea und Bronchien, bei den meisten hatte ein Uebermaß von Chloroform die Schuld; vielleicht hat auch die „adenoid“ Konstitution dabei eine Rolle gespielt. Ch. empfiehlt bei Kindern bis zu einem Jahre Aether in einer offenen Maske, bei größeren Kindern und Erwachsenen Lachgas anzuwenden und im Sitzen zu operieren. Nach diesen Grundsätzen sind am Metropolitan Throat Hospital in den letzten

zwölf Jahren 20.000 Operationen erfolgreich ausgeführt worden. (Ref. kann trotzdem nach seinen Erfahrungen nur empfehlen, bei allen diesen Operationen, die Anbohrung der Kieferhöhle ausgenommen, von jeder Narkose abzusehen; bei einiger Dexterität wird man auch ohne diese ebenso gute Erfolge erzielen und den Patienten die Unannehmlichkeiten derselben ersparen.) — (The Lancet, 13. Sept. 1902.) Weil.

Schrauben-Mundsperrerr. Von Dr. Egbert Braatz.

Der meistgebrauchte Roser-König'sche Mundsperrerr hat zwei große Uebelstände: erstens, daß er sich, wenn man ihn mit Gewalt zwischen die Zähne bringen will, von selbst öffnet und erst wieder geschlossen werden muß, was z. B. bei Chloroformasphyxie einen schwer ins Gewicht fallenden Zeitverlust mit sich bringen kann, und zweitens, daß er sich, weil bei ihm ein Zahnbogen als Sperre fungiert, nur in größeren Stufen öffnen läßt. Die Heister'sche Mundschraube vermeidet den letzteren Uebelstand, weil sie sich durch Schraubenwirkung öffnet, hat aber wieder andere Mängel, darunter auch das Auseinandertreten ihrer Blätter unter einem größeren Winkel. B. hat nun einen Mundspiegel konstruiert, der alle diese Uebelstände vermeidet. Die beiden Blätter desselben werden durch Schraubenwirkung parallel von einander abgehoben; das eine Blatt ist mit einem kräftigen Handgriffe fest verbunden, wodurch das Instrument in geschlossenem Zustande leicht zwischen die Zahnreihen gebracht werden kann. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 5, 1903.) Weil.

Die Verwendung des Lichtes zur Heilung des chronischen Pharynxkatarrhs und anderer Pharynxprozesse. Von Dr. H. Strebel.

St. will zeigen, daß sich die Lichttherapie in ihrer heutigen Ausbildung als unerwartet wirksames Unterstützungsmittel bei der Behandlung dieser Affektionen erwiesen hat. Lahmann wendete als einer der ersten hiebei das Lichtluftbad an, bei welchem die Kranken im Freien oder im Zimmer vollständig ausgekleidet längere Zeit umhergehen. Energischer als das einfache Lichtluftbad im diffusen Tageslichte wirkt das Sonnenbad. St. läßt kaltes Licht direkt auf den Rachen einwirken und erzeugt dadurch lokale Lichtreaktion: Hyperämie, Entzündung und selbst leichte Verschorfung der Pharynxschleimhaut, wodurch selbst ausgedehnte Granulationen vollständig beseitigt werden. St. hat hiezu eine elektrische Bogenlampe konstruiert, welche mit Wasserkühlung versehen ist und durch einen Hohlspiegel aus Magnaliummetall

reflektiertes oder mittels Quarzlinse direkt konzentriertes Licht auf die zu bestrahlenden Stellen der Rachenschleimhaut wirft. Auf Granulationen wird zuerst nach erfolgter Kokainisierung ein kleines Quarzkompressorium aufgesetzt, um das Blut wegzudrücken, wonach speziell die blauen, violetten und ultravioletten, also die chemisch wirksamen Strahlen tiefer in das Gewebe eindringen können. Auf stark belichteten Stellen zeigt sich dann ein graugelblichbrauner Belag, ähnlich einer Eschara. Die Dauer der einzelnen Sitzung schwankt zwischen 1 und 6 Minuten bei Kompression und 2—10 Minuten ohne solche. Man muß im Anfange vorsichtig sein und nur kleine Stellen behandeln, gesunde, wie Uvula, Zungenrücken etc. natürlich sorgfältig vermeiden. Das kalte Licht erzeugt aber keine Verbrennung, keine Eiterung, keine Narbenbildung, sondern nur oberflächliche Epithelabstoßung mit lebhafter Proliferation und neuer Anbildung der Deckschichten. Auch andere Affektionen, wie Leukoplakie der Wangenschleimhaut und insbesondere Alveolarpyorrhoe hat St. mit kaltem Lichte mit ausgezeichnetem Erfolge behandelt. Den Nasenrachenraum kann St. mit kaltem Lichte bestrahlen (Brechung durch Quarzprismen), dagegen sind die Versuche, das Licht auch in den Larynx zu bringen, bisher von keinem Erfolge begleitet gewesen. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 14, H. 1, 1903.) Weil.

Augenheilkunde.

Ueber einige für den praktischen Arzt wichtige Erkrankungen der Hornhaut und ihre Behandlung. Von Dr. G. Guttmann.

Von den äußeren Erkrankungen des Auges sind die Hornhaut- und Regenbogenhauterkrankungen deshalb für den praktischen Arzt von hervorragender Bedeutung, weil er, je früher er die Diagnose derselben richtig stellt, desto eher und umso sicherer dafür sorgen kann, daß der Kranke keinen bleibenden Schaden seines Sehvermögens zurückbehält. Mancher torpid verlaufende Bindehautkatarrh entpuppt sich bei genauerer Untersuchung als Entzündung sekundärer Natur, als Begleiterscheinung einer Hornhaut- und Uvealerkrankung. Zu diagnostischen Zwecken empfiehlt es sich, in zweifelhaften Fällen, sich des von Straub in Utrecht empfohlenen Fluoresceins zu bedienen, und zwar: Rp. fluoresceini Natrii carbon. $\bar{a}\bar{a}$ 0.2, Aq. dest. recent. coct. 10.0. Während intakte

Epithelstellen damit betupft (ein Tropfen in den Bindehautsack gegeben und nachher mit Wasser nachgespült), ungefärbt bleiben, färben sich epithellose Stellen der Bindehaut gelb, epithellose Stellen der Hornhaut grün, und erleichtern so die Diagnose. Die Hornhautentzündung tritt in zwei Hauptformen auf: als Infiltration und als Ulzeration. Die Infiltration kommt zustande durch Auftreten von Zellen in verschiedener Zahl, welche ein Exsudat zusammensetzen; dieselben stammen zum Teil aus den perikornealen Gefäßen und treten nach C o h n h e i m als Wanderzellen in der Hornhaut auf, teils beteiligen sich nach S t r i c k e r die fixen Bindegewebszellen und die Endothelien an der Infiltration durch Hyperplasie und Bildung von Tochterzellen. Das Exsudat bedingt eine umschriebene oder diffuse Hornhauttrübung von graugelblicher oder grauer Farbe und können vom Hornhautrande oberflächliche Gefäße vom Randschlingennetz aus zur Trübung hinziehen, oder aber tiefliegende, aus den Skleralgefäßen stammende und hinter dem Limbus in die Tiefe verschwindenden Gefäße sich entwickeln. Das Exsudat kann durch Resorption vollständig schwinden, oder aber sich organisieren, im ersteren Falle hinterläßt das Infiltrat keine Trübung, im letzteren Falle jedoch kommt es zur bleibenden Trübung der Hornhaut.

Wird nun die Hornhautsubstanz durch das Infiltrat zerstört, so entsteht die Geschwürsbildung, die Ulzeration. Das Ulcus corneae kann nun ein progressives oder regressives sein. Das progressive kann, eventuell im schlimmsten Falle zur Perforation, zum Abfluß des Humor aquens und zur Bildung von *Laucoma adhärens* führen. Das durch die Hornhautulzeration zerstörte Gewebe wird durch neugebildetes Narbengewebe ersetzt.

Bei der n i e h t eitrigen Hornhautentzündung haben wir also die Infiltration und die Resorption; bei der eitrigen Hornhautentzündung unterscheiden wir: die Infiltration, die Ulzeration und die Reparation oder Vernarbung. Die verschiedenen Formen — soweit sie für den Praktiker in Betracht kommen und hier ist es zunächst die *Keratitis scrophulosa-eczematosa-phlyctenulosa* — werden nun vom Autor eingehends besprochen und ist diese Darstellung für ein kurzes Referat nicht geeignet, muß vielmehr im Originale nachgelesen werden.

Die Therapie der oberflächlichen Hornhauterkrankungen und speziell der *Keratitis eczematosa* anlangend, empfiehlt der Verfasser:

Aufenthalt in guter Luft, in nicht zu hellen, aber ja auch nicht zu dunklen Räumen, Reinlichkeit und Körperpflege, Aufenthalt in freien Kolonien, resp. Seehospitzen. Allgemeine Behandlung: lokal, je nach dem Zustand Mydriatica, Massage mit Ung. praecip. P a g e n s t e c h e r (Rp. Hydr. oxyd. flavi (v. h. p.) 0·1 Vaseline, americ. alb. 5·0), heiße Umschläge, während kalte Umschläge immer kontraindiziert sind, eventuell Verband. Von großer Wichtigkeit wäre es, die breiten Volksschichten über die verheerende Wirkung der ekzematösen Hornhautentzündung aufzuklären und die Volksschichten zu veranlassen, die erkrankten Kinder so früh als nur irgend möglich, einer rationellen Behandlung zuzuführen. — (Klin. Jahrb., Bd. 10, Verlag Gustav Fischer, Jena 1902.)

Dr. J ä n n e r.

Ueber den Einfluß von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten Glaukomanfalles. Von Dr. Kurt Steindorff.

In der Hirschberg'schen Augenheilanstalt in Berlin wurde die interessante Beobachtung gemacht, daß zwischen Glaukomanfall und Jahreszeit ein wichtiger Kausalnexus besteht. Der Autor hat nun das klinische Krankennmaterial einer 17jährigen Beobachtung (1885—1902) daraufhin genauer geprüft und unter 7181 augenkranken 102 Fälle mit akutem primärem Glaukom konstatieren können. Von diesen konnten jedoch nur 68 Fälle für den in Betracht kommenden meteorologischen Zusammenhang verwertet werden, da bei den anderen 34 Fällen noch andere komplizierende Momente vorhanden waren, welche den Glaukomanfall auszulösen vermochten (Sekundärglaukom, Mydriatikum, Operation des einen Auges und dergleichen) und werden daher diese 34 Fälle nur beigeordnet. Es zeigt sich nun, daß das Maximum der Anfälle in die kalte Jahreszeit (vom Oktober bis März) trifft. Vom Jännergipfel sinkt die Kurve in den beiden folgenden Monaten, hebt sich dann wieder, erreicht im Mai ein zweites Maximum, worauf im Juni der tiefste Stand mit 0-Fällen erreicht wird. Langsam steigt die Kurve nun bis zum November, um im Dezember wieder einen kleinen Rückgang zu erfahren. Das Maximum ist also im Jänner, das Minimum im Juni.

Dr. S t e i n d o r f versucht es, diese interessante Beobachtung damit zu erklären, daß der Winter mit seinen kurzen und trüben Tagen und seinen langen Nächten wohl imstande sein kann, durch das Mittelglied lang anhaltender Pupillenerweiterung dem Glaukomausbruch Vorschub zu leisten. Die schlechten Beleuchtungs-

verhältnisse können aber auch dadurch einwirken, daß sie die Akkommodation stärker anstrengen, indem hiebei das Aufhängeband der Linse nachgibt, die Linse selber vorrückt, und so die Iriswurzel gegen die Hornhaut preßt, wodurch der Fontana'sche Raum plötzlich abgesperrt wird.

Pro praxi ist diese Beobachtung so zu verwerten, daß man bei Leuten, die Prodrome hatten, im Winter auf der Hut sein muß, und der plötzlichen Einwirkung exzessiv kalter Luft vorzubeugen trachtet. — (Nach einem Referat in Hirschbergs Zentralbl. f. prakt. Augenheilk., Febr.-H. 1903.) Dr. J ä n n e r.

Dermatologie.

Zur Pathologie und Therapie des Ekzems. Von Dr. P. G. Unna.

Unnas Definition des Ekzems läßt sich am besten aus der Hervorhebung jener Einzelsymptome entnehmen, welche seiner Meinung nach die wichtigsten Merkmale des Prozesses bilden. In Bezug auf den Verlauf tritt zunächst die *Chronizität* in den Vordergrund. Der allgemeine Charakter der pathologischen Veränderung der Haut ist hiebei mit dem Begriff der *Entzündung* gekennzeichnet, einer Entzündung, die vorzüglich an die *Oberhaut* gebunden erscheint und insbesondere zur diffusen Ausbreitung in der Fläche tendiert, wobei das Fortkriechen in der Kontinuität die Regel bildet. Im Gegensatze hiezu bleiben die *Impetigines* am Infektionsorte haften die *Folikulitiden* im *Follikelhalse*. Ein weiteres wichtiges Kennzeichen gibt das *Jucken* ab, hervorgerufen durch die Ansammlung von Exsudat unter der Oberfläche, wodurch es zu einem Mißverhältnis zwischen Lymphdruck und Hornschichtwiderstand kommt. So ist auch das *Jucken* stets vergesellschaftet mit der Bildung neuer Bläschen, es ist am furchtbarsten bei Epithelverdickung und -Verhärtung an umschriebenen Stellen, wie am After und Hodensack, fehlt dagegen fast vollkommen bei stark nässenden Ekzemen und an Stellen, wo der kratzende Finger soeben Punktionen der Lymphe vorgenommen hat. Als fünftes Glied in der Kette der Kardinalsymptome fügt M. die *parasitäre Natur* des Ekzems ein, die von ihm seit Jahren mit allen Behelfen der Züchtung, Klinik und Argumentation verfochten wird. Der Symptomenkomplex findet mit der *Schuppenbildung*, *serofibrinösen Exsudation* (Bläschen,

Nässen, Krustenbildung) Epithelwucherung (verruköse, psoriatische Ekzeme), übermäßigen Verhornung (kallöse, pruriginöse Formen) und abnormen Fettauscheidung (seborrhöisches Ekzem) seinen Abschluß. Alle diese Charaktere sind nicht bloß histologisch nachweisbar, sondern auch klinisch wahrnehmbar.

Histologisch stellt sich das Ekzem in allen seinen Formen dar, als die Verbindung von vier Elementarveränderungen, von denen nur eine die Kutis, die drei anderen die Oberhaut betreffen. Erstere ist eine oberflächliche, dem Deckepithel sich anschließende Dermatitis, von meist geringer Intensität, charakterisiert durch Zunahme der Bindegewebszellen, insbesondere in der Umgebung des subpapillaren Gefäßnetzes, und durch Erweiterung der Blut- und Lymphgefäße. Zuweilen gesellt sich dazu ein weites Oedem der Papillen; dagegen fehlt jede Degeneration von kollagenem und elastischem Gewebe. Es fehlt eine Vermehrung der Mastzellen und für gewöhnlich auch jede Emigration von weißen Blutkörperchen. Unter den Oberhautveränderungen ist die wichtigste die Parakeratose, die sich kurz als ein Oedem der Uebergangsepithelien definieren läßt. Das Nässen, sowie die Produktion von Krusten und Borken ist durch ein interstitielles Oedem der Stachelschicht bedingt, die gegen die Hornschicht hin zunimmt und von U. mit dem Namen der spongoiden Umwandlung des Epithels belegt wird, eine Veränderung, die mit zunehmender Intensität die Bläschenbildung bedingt. Als Träger der Serotaxis, die von der Hornschicht aus zur Aeüßerung gelangt, fungieren die maulbeerförmigen Haufen von Kokken, die oberhalb der Bläschen in den überlagernden Schuppen und Krusten konstant (?) zu finden sind, U n n a s M o r o k o k k e n. Obwohl die Untersuchung des letzten Jahres in bakteriologischer Hinsicht ergeben hat, daß mehrere Kokkenarten, wenn sie seröse Krusten erzeugen, die Wuchsform von Morokoken annehmen können, glaubt U. dennoch in den maulbeerförmigen Kokkenhaufen ein gutes histobakteriologisches Charakteristikum der Ekzemkrusten zu besitzen.

Die dritte Hauptveränderung der Oberhaut stellt die proliferative Wucherung der Stachelzellen dar, die sog. „A k a n t h o s e“. Das sichtbare Zeichen derselben sind zahlreiche Mitosen, die nicht nur in der basalen, sondern auch der mittleren Stachelschicht vorkommen. Hiedurch verbreitert sich die Stachelschicht, ihre Leisten

schwellen an, dringen gegen den Papillarkörper vor, verdünnen die Papillen und bringen es durch unregelmäßige Wucherung auch hier und da zu sekundären Abfurchungen im Papillarkörper.

Für die parasitäre Aetiologie des Ekzems werden neben anderen klinischen Tatsachen die Autoinokulabilität, sowie die Ergebnisse der histologischen und bakteriologischen Analyse ins Feld geführt. Die Einwirkung der Ekzemparasiten wird durch gewisse präextrematöse Erkrankungen begünstigt. Hieher zu rechnen sind: die akuten Exantheme, professionelle Hautschädigungen und Hautentzündungen, Mazerationsvorgänge der Hornschicht (durch Harn, Fäzes, Schweiß, Vaginal-Nasensekret, Otorrhöe, Wundsekrete etc.), dazu kommen sogenannte „Ekzempgewohnheiten“, die meist auf eine zu starke Entfettung der Hornschicht hinauslaufen (übermäßiger Seifengebrauch). Befördernd für die Einimpfung des Ekzems wirken ferner fast alle juckenden Hautkrankheiten und Konstitutionsanomalien.

Die allgemeinen Grundsätze der Ekzembehandlung folgen unmittelbar aus der Erkenntnis der Hauptfaktoren, aus deren Zusammenwirken histologisch die verschiedenen Ekzemformen hervorgehen.

Die meist vorhandene abnorme Durchfeuchtung, sowie ein Mangel an normalem Hautfett erfordern: die Entwässerung und die Einfettung der Oberhaut. Der ersteren dienen der wasserentziehende Alkohol und das Mehl. Günstig wirken in dieser Hinsicht Alkoholdunstumschläge, bestehend aus in Alkohol getränkter Watte, Guttaperchapapier und Binde. (80% Alkohol mit 5—10% Glycerin.) Beiden Indikationen genügen gleichzeitig die Pasten mit Zinkoxyd, Mehl und Vaseline (Lattau) oder Zinkoxyd, Kieselgur und benzoisiertem Fett (Unna) als Grundlage. Aehnlich wirkt der Zinkleim und das Gelanth (überhitzte Gelatine mit gequollenem Traganth). Mittel zur Einfettung der Hornschicht sind: Vaseline, Wollfette, Salbengrundlagen mit Seifenzusätzen (Mollin, Resorbin, Vasogene, Naphthalan), Salbenstifte aus festen Fetten (Wachs, Wallrat, Wollfett), besonders für palmar Ekzeme für die Tagesbehandlung, ferner Salbenmulle, die aus Mull und Fett bestehend, in idealer Vollkommenheit dasjenige darstellen, was die Salbenlappen einer früheren Epoche anstrebten. Durch diese schmiegsamen und plastischen Präparate — die für die

Behandlung des Ekzems wichtigsten sind die Zinkoxyd-, Ichthyol-, Zinkoxyd-, Quecksilberoxyd- und Blei-Karbol-Salbenmulle — wird an den kompliziert gebauten Hautregionen, wie am Halse, an den Augen, Ohren, Nase und Mund, Genitalien und After, Fingern und Zehen, ein ausreichender Anschluß erreicht, der selbst bei fortdauernden Bewegungen nicht nachgibt. Die Salbenmulle werden durch Mullbinden oder Kollodiumaufpinselung fixiert. Wo zur Nachbehandlung und Prophylaxe des Ekzems Seife benützt wird, sollten nur überfettete Seifen zur Anwendung gelangen, indem das Ueberfett (3—4%) verhindert, daß der Seifenschaum der Oberhaut, wie sonst gewöhnlich, Fett entzieht.

Die Hyperkeratose, die namentlich bei den kallösen und pruriginösen Ekzemen vertreten ist und auch die palmaren und plantaren Erkrankungsformen beherrscht, erfordert die Durchfeuchtung und Abschälung der Hornschicht. Die einfachste Form der Wasserzuführung vermittelt der Dunstverband, dieser ist oft durch die bloße Applikation impermeabler Stoffe (Guttaperchapapier, Billroth-Battist) zu ersetzen, wodurch eine Mazeration der Hornschicht erfolgt. Den mazerierenden Effekt der Dunstumschläge kann man noch durch die Zugabe gewisser Chemikalien bedeutend steigern. In Betracht kommen schwache Alkalien, wie Soda, Borax, Ammonium carbonicum; bei starkem Jucken auch Säuren, wie Essigsäure, Salicyl-Salzsäure. Den gleichen Effekt haben auch die Guttaperchapflastermulle. Erweichend wirkende hygroskopische Substanzen sind noch das Glyzerin und Chlorkalzium. Das letztere stellt das erweichende Prinzip der Kreuznacher Mutterlage dar, welche besonders bei Behandlung pruriginöser und kallöser Ekzeme häufig mit gutem Erfolge verwertet wird. In der gleichen Wirkung können Alkalien und Seifen verwendet werden, so auch seifenhaltige Salben, die sog. Seifensalben, wie etwa die Wilkinson'sche Teer-Schwefelsalbe. Ein Zusatz von Wasser beim Einreiben ist bei allen, Seife und Alkalien enthaltenden Salben anzuraten; die Wirkung ist gleichzeitig milder und nachhaltiger. Die Verhornungstendenz der Oberhaut wird in neuerer Zeit auch durch die Anwendung von Oxydationsmitteln bekämpft und zwar in der Verbindung mit einem Alkali und Seife in Form der Natronsuperoxydseife ($\frac{1}{2}$ —20%). Da die Verhornung u. a. auch ein Reduktionsvorgang ist, so wirkt Zufuhr von Sauerstoff in Statu nascendi, wie ihn die Na_2O_2 -Seife beim Verschäumen produziert, stark antikeratoplastisch. Aber auch die sauren Sauer-

stoffmittel lassen sich bei Ekzemen gut verwerten, besonders wo Reduktionsprozesse mit ins Spiel kommen, wie an der Mund- und Analschleimhaut. Die Fissuren bei kallösen Ekzemen der Mundwinkel und des Anus werden am besten mit solchen Säuren (Chromsäure, salpetersaures Silber) geätzt. In die Klasse der oxydierenden und dadurch hornweichenden Salben gehört auch wahrscheinlich — neben anderen Alkalien — die Hebra'sche Salbe; man kann ihre oxydierende Kraft am leichtesten durch die rasche Oxydation des Chrysarobins zu Chrysophansäure nachweisen. Daher gehört die Hebra-Salbe, im Gegensatz zur Zinksalbe, überhaupt dorthin, wo man die Hornschicht erweichen will.

Zur Abschälung der Oberhaut eignen sich die Phenole: Salizylsäure und Resorcin.

Die Akanthose verlangt die Reduktion der Stachelschicht, die Parasteatidrose eine Entfettung der Oberhaut. Eine Verdünnung der Stachelschicht ermöglichen die reduzierenden Mittel, wie Chrysarobin, Pyrogallol, β -Naphthol, Phenol, die Kresole, das Anthrarobin, der Schwefel und die sulfonisierten Kohlenwasserstoffe: Ichthyol, Thiol und Tumenol, endlich auch die Balsame, der Zucker und Honig. Wenn man die reduzierende Kraft dieser Medikamente ausnützen will, ohne die schädigende Wirkung auf die Haut zu erhöhen, so ist es zweckmäßig, mehrere derselben in schwacher Dosis zu verbinden. Eine solche zusammengestellte Salbe stellt das Ung. reducens. Unna dar (Chrysarobin, Pyrogallol, Resorcin, Acid. Salicyl. $\bar{a}\bar{a}$ 2·5, Ichthyoli 10·0, Vaseline 80·0). Es paßt für solche psoriasforme Ekzeme, die sich in akuter oder subkutaner Weise auf schon entzündeter Haut ausbreiten und wo die starken Reduzentia allein sich schon von selbst verbieten, weil sie nur der weiteren Ausbreitung Vor-schub leisten würden.

Die Mittel zur Entfettung werden der Hauptsache nach bei den verschiedenen seborrhöischen Ekzemyten verwandt. Sie zeigen einen gewissen Parallelismus zu den Mitteln der Entwässerung. Von den Pudern sind die wichtigsten die mineralischen, da sie sich nicht zersetzen und verbacken (Talkum, Kaolin, Bolus alba und rubra, Terra silicea, Magnesia carbonica, Zinkoxyd und Zinkoleat). Ein Gemisch von Bolus alba und rubra, Zinkoxyd und Magnesia carbonica bildet den bei allen Seborrhöen des Gesichts vielgebrauchten hautfarbenen Puder, Pulvis cuticolor. Eine besonders im Sommer angenehme Gebrauchsweise

ist auch die als Wischwasser. Man verschreibt Schüttelmixturen von etwa 10 Pulvis cuticolor auf 5 Glyzerin, 30 Spiritus und ad 100 Wasser nebst einem aromatischen Zusatz. Umgeschüttelt und mit einem Wattebausch aufgenommen, wird die Mischung aufgewischt und hinterläßt nach dem Trocknen einen feinen Anflug von Puder. Energisch entfettend wirkt die Alaun-Eiweißpaste, alkoholisch-ätherische Mittel, fettlösende Seifen, Seifengeist. Gegen die Wallungsröte und entzündliche Hyprämie haben Mittel der Antiphlogose, gegen das Jucken antipruriginöse, gegen den Ekzemparasiten-antiparasitäre Substanzen einzugreifen. Der ersteren Indikation genügen die Puder, Kühlsalben und Kühlpasten. In den Kühlpasten ist das Prinzip der Wasserverdunstung in rationeller Weise mit dem der Einsalbung verbunden. Prototypen sind die alten Vorschriften für Coldcream und das Linimentum oleo-calcareum; die kühlende Wirkung der ersteren beruht auf dem Wassergehalt, der letzteren auf dem Gehalt an Wasser und Alkali (Aq. calcis). Die gereinigten Wollfette besitzen in hohem Maße die Fähigkeit, Wasser zu binden, speziell das Adeps lanae der Bremer Wollkämmerei. Doch bedürfen die Wollfette des Zusatzes von Glyzerinfett oder Vaseline, um mit Wasser mischbar zu werden. Durch Zusatz von Kreide, Zinkoxyd und Mehl verwandelt man die Kühlsalben in Kühlpasten, die eine energische und nachhaltige Kühlwirkung äußern. So entsteht aus dem Liniment. oleo-calcareum die Pasta mollis Zinci (Ol. lini. Aq. Calcis ää 20·0, Zinci oxydat Cretae ää 30·0), eine sehr weiche, linimentartige Paste, welche stark entzündungswidrig ist und beim Nachlassen der Erscheinungen den eigentlichen Ekzemheilmitteln (Past. Zinci. sulfurat. etc.) Platz zu machen hat.

Mittel gegen das Jucken sollen dann eine Anwendung finden, wenn die Empfindung die objektiven Veränderungen überdauert oder ganz besonders im Symptomenbilde des Ekzems in den Vordergrund tritt. Als solche Mittel fungieren hauptsächlich Teersorten (Ol. cadinum, Liantral), Balsame (Perubalsam) und sulfonierte Kohlenwasserstoffe. Ganz milde, juckstillende Zusätze wie Menthol, Kampfer, Aq. lauro cerasi eignen sich wohl bei den leise, wenn auch unablässig juckenden trockenen Ekzemen der Gesichtshaut Erwachsener.

Als ein gutes Palliativmittel bei unwiderstehlichem Juckreiz ist die vorübergehende Applikation starker Hitze zu betrachten,

sei es in Gestalt von Heißwasserkompressen oder des Plätt-eisens.

Eine kausale Anzeige finden der Alkohol, Ichthyol, Ichthar-gan etc. Immer wird aber eine rationelle Kombination von anti-parasitärer und Gewebstherapie ins Feld geführt werden müssen. Prophylaktisch setzt U. als ersten Titel eines antiparasitären Kodex ein tägliches Bad. Unter dem primitiven täglichen Bad ist eine abendliche gründliche Abwaschung mit warmem Wasser und grüner Seife am ganzen Körper zu verstehen mit obligatorischer Nagelreinigung und Beschneidung. — (Mracek, Handb. d. Hautkr. 1903.)

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhöe bei Prostituierten. Von Fr. Parádi.

Die Diagnose der Uterusgonorrhöe ist dort, wo sie sich durch stürmische Erscheinungen, Temperaturerhöhung, Schüttelfrost, lokale Schmerzen einführt, aus den klinischen Erscheinungen wohl zu stellen, doch ist das Auftreten der Uterusgonorrhöe in dieser Form keineswegs obligatorisch, vielmehr fehlen die subjektiven sowohl, als die klinischen Erscheinungen in einer ganzen Reihe von Fällen, und dann ist die Diagnose nur eine mutmaßliche. Daß man nur in bestimmten Indikationen dazu gelangt, das mit der Kurette gewonnene Uterusgewebe (Wertheim) zu untersuchen, ist begreiflich, die Schulz'sche Annahme, daß in 38% aller Zervikalgonorrhöen auch der Uterus mitaffiziert sei, gibt naturgemäß bloß eine approximative Schätzung. Der Autor zieht — und das ist besonders zu betonen, weil in dieser Richtung der Titel der vorliegenden Publikation schlecht gewählt erscheint — speziell bei den Prostituierten zwischen Zervikal- und Uterusgonorrhöe keine scharfe Grenze, sondern behandelt in allen Fällen, wo im Sekrete des Zervix Gonokokken vorhanden sind, auch den Uterus, und zwar wird derselbe mit flüssigen Medikamenten ausgespritzt, wozu die Braun'sche Spritze (neue Form, 2 cm³ Inhalt, aufschraubbare Silberkanüle) verwendet wird. Playfair'sche oder Sängers'sche Sonden kamen bei der Behandlung bloß ausnahmsweise zur Geltung. Als Lösungen dienten Argentamin (10%) und in den letzten Jahren ein ganz neues Präparat, das Natriumlygosinat (Lygosin-Natrium) in 5%iger Lösung.

Die Heilungsdauer schwankt bei den mit Argentamin behandelten Fällen innerhalb ziemlich weiter Grenzen, 12—115 Tage, die Mehrzahl heilt innerhalb 40 Tagen; als Heilungstermin wird der Tag angesetzt, von dem an im Sekrete des Uterus, bzw. Zervix keine Gonokokken mehr nachgewiesen wurden. Natürlich folgt diesem ersten negativen Befund noch eine weitere Beobachtungsdauer von mehreren Tagen. Die Zahl der intrauterinen Einspritzungen schwankt zwischen 3 und 21; ungeheilt bleiben von 119 Kranken zwölf. Beim Lygosin-Natrium schwankt die Heilungsdauer zwischen 20 und 61 Tagen, die Gonokokken schwanden nach der 2.—26. Einspritzung, 3 Fälle von 107 bleiben ungeheilt.

Wichtig für den Begriff der Heilung wäre auch nach der Ansicht des Autors, die Kranken noch längere Zeit nach dem Aussetzen der Behandlung in Beobachtung zu behalten, ob nicht etwa in einem späteren Zeitpunkte (ohne neuerliche Infektion) wieder Gonokokken im Sekrete auftreten; selbstverständlich ist das eine utopische Forderung bei diesem Krankenmateriale. Von subjektiven Erscheinungen traten bei jenen Kranken, deren os internum so enge war, daß die Kanüle nur schwer eingeführt werden konnte, manchmal kolikartige Schmerzen auf, die aber bei Bettruhe und Prießnitzumschlägen bald vorübergingen. Im allgemeinen waren die Erscheinungen nach Natriumlygosinat keinesfalls so heftig, wie bei Argentamin, ernstere Erscheinungen waren überhaupt nie aufgetreten. Auf Grund seiner Resultate glaubt der Autor, daß mit dem Dogma der Unheilbarkeit der weiblichen Gonorrhöe, insbesondere der Uterusgonorrhöe der Prostituierten, gebrochen werden müsse. — (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 65, H. 3.) D.

Impfungen an Affen mit dem Erreger des Ulcus molle. Von E. Tomaczewski.

Alle älteren, in der Literatur vorliegenden Angaben über gelungene oder mißlungene Impfversuche mit dem Sekrete von Ulcus molle sind nicht zu verwerten, weil bei ihnen die spezifische Natur der Impfgeschwüre nicht sicher beweisend sind. Erst seit wir im D u e r e y'schen Bacillus ein wissenschaftlich unanfechtbares Unterscheidungsmittel besitzen, lassen sich die Impfgeschwüre als unzweifelhaft dem Ulcus molle angehörig auch histologisch charakterisieren. Wurden bereits von Ch. Nicolle solche Versuche mit dem S e k r e t e des Ulcus molle ausgeführt, so bestand, seitdem es gelingt, den D u e r e y'schen Bacillus auch auf künstlichen Nährböden zu züchten, gewissermaßen stillschweigend die Forde-

rung, solche Impfversuche mit der Reinkultur vorzunehmen. Der Autor hat dieser Forderung Rechnung getragen und zwei Affen mit positiven Erfolg mit Reinkultur geimpft. Die Geschwüre besaßen nicht nur klinisch und mikroskopisch alle charakteristischen Merkmale des weichen Schankers, sondern es gelang aus ihnen auch die Reinkultur auf Blutagar, und die so gewonnene Reinkultur erzeugte am Menschen (dem Autor selbst) wieder ein typisches *Ulcus molle*.

Die Versuche zeigten auch, da es sich um zwei Affen verschiedener Provenienz (Java- und Kronenaffe) handelte, daß die verschiedenen Affenarten nicht die gleiche Empfänglichkeit für das Virus besitzen, da die Impfgeschwüre beim Javaaffen entschieden einen mehr abortiven Verlauf aufwiesen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26, 1903.) D.

Ein Fall von primärer Urethritis non gonorrhoeica. Von Fr. Bodländer.

Es handelt sich um einen gleich vom Beginne an ohne besondere Reizerscheinungen einhergehenden Fall von spärlichem Ausfluß aus der Harnröhre, bei welchem sich im Laufe der monatelang dauernden Beobachtung bei wiederholten mikroskopischen Untersuchungen (über 100 Präparate) keine Gonokokken fanden; auch sieben bakteriologische Untersuchungen verliefen in der Richtung negativ. Spülungen mit Kali hypermanganicum, Sublimat, mit Argentum und seinen Derivaten führten keine Heilung herbei; die letzteren Präparate erzeugten heftige Reizungen mit Produktion eines konsistenteren gelben Sekrets, das für die Untersuchung nicht unbenützt blieb; schließlich wurde Heilung unter Gebrauch von Hydrarg. oxycyanat. und Adstringentien erzielt.

Die akute Gonorrhöe konnte auf Grund des Fehlens von Gonokokken ausgeschlossen werden; auch um einen postgonorrhoeischen Zustand konnte es sich wegen des klinischen Befundes sowohl, als auch wegen der Anamnese nicht handeln, ebenso konnte die endoskopische Untersuchung Ulzerationen in der Harnröhre oder Herpes derselben ausschließen. Da sich in den verschiedenen Präparaten fast konstant kleine, zarte, an den Enden etwas abgerundete Stäbchen fanden, so wendete der Autor diesen seine Aufmerksamkeit zu. Tatsächlich gelang es ihm, mit diesen Stäbchen an der Urethra eines Hundes einen mehrere Wochen anhaltenden, eitrigen Ausfluß zu erzeugen, in dessen Eiter sich dieselben Stäbchen fanden, wie sie aus dem Sekrete des Patienten

gewonnen worden waren. Der Autor glaubt daher den Schluß ziehen zu dürfen, daß in der Tat diese Stäbchen das pathogene Agens für die Entzündung der Harnröhre waren. — (Dermat. Zeitschr., Bd. 10, H. 3.) D.

Ein Fall von Hypersekretion der Urethraldrüsen. Von Fr. Bodländer.

Bei einem 42jährigen Kranken, der wiederholte Gonorrhöen durchgemacht hatte und bei dem zur Zeit des Beginnes der Behandlung sich in der Harnröhre harte, strikturierende Infiltrate und eine chronische Prostatitis fanden, traten im weiteren Verlaufe der Behandlung nach jeder Sondierung reichliche Mengen rahmiger Flüssigkeit aus der Harnröhre, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ausschließlich aus Epithelien und massenhaften Mikroorganismen bestehend erwiesen. Die endoskopische Untersuchung ergab die Harnröhrendrüsenlumina stark erweitert und die Drüsen von einem Sekrete erfüllt, das sich ganz leicht durch Anpressen des Tubus an die Harnröhrenwand exprimieren ließ; das Mikroskop ergab wiederum Epithelien und Mikroorganismen.

Sicherlich ist das Auftreten dieser eigentümlichen Hypersekretion auf die weitgehenden Veränderungen zurückzuführen, welche die vorausgehenden, zugestandenermaßen wiederholten Gonorrhöen hinterlassen hatten. Die genaue Untersuchung der Mikroorganismen ergab fast ausschließlich Staphylokokken und *Bacterium coli*; insbesondere dem letzteren werden bekanntlich hinsichtlich der Erkrankungen der oberen Harnwege pathogene Eigenschaften zugeschrieben. Der Autor ist geneigt, auch in seinem Falle die Krankheitserscheinungen auf die Anwesenheit dieses Parasiten zurückzuführen. — (Dermat. Zeitschr., Bd. 10, H. 3.) D.

Kinderheilkunde.

Buttermilch als Säuglingsnahrung in der poliklinischen Praxis.

Von Dr. Erwin Kobrak.

Die Bereitung der Buttermilch geschah nach der von Teixeira angegebenen Art. Die Mischung von 1000 g Buttermilch, 12 Gramm Weizenmehl, 60 g Rohrzucker wurde abgekocht und für jedes Kind die nötige Anzahl Flaschen mit der vorgeschriebenen Menge Buttermilch abgefüllt. Kinder unter 3000 g Gewicht erhielten im allgemeinen 9—10, schwerere 6—8 Flaschen.

Die gesamte Tagesmenge wurde durch die Berechnung der dem Kinde pro Kilogramm Körpergewicht zukommenden Kalorienmenge ermittelt. Ein Liter Buttermilch von der angegebenen Zusammensetzung kommt 710 Kalorien gleich. Im allgemeinen verbrauchten die stark atrophischen Kinder besonders hohe Kalorienmengen. Es empfiehlt sich, bei solchen Kindern zur Gewöhnung an die neue Nahrung mit 30—40 g pro die zu beginnen, den nächsten Tag zirka 120 Kalorien per Kilogramm Körpergewicht zu geben und dann rasch, unter Kontrolle des Stuhles und des Gewichtes, bis zu 180 Kalorien im Bedarfsfalle anzusteigen. Höhere Mengen waren nur ganz ausnahmsweise erforderlich.

Nicht atrophische Kinder kommen mit 100—120 Kalorien per Kilogramm Gewicht aus. In einem Falle wurde mit Erfolg *Theriacal* lösliche Kindernahrung bis 50 g auf 1 Liter, zweimal *Löffel* Malzsuppenextrakt in verschiedener Dosis gegeben. Damit wurde außer vermehrtem Ansätze auch leichterer Stuhl erreicht.

Die Entwöhnung von der Buttermilch macht keine Schwierigkeiten; es wurde zu diesem Behufe mit der Buttermilch ab- und mit der Süßmilch angestiegen, doch gelang auch plötzliche Aenderung. In 65 poliklinischen Fällen wurde die Buttermilch verabreicht, und zwar schwachen und frühgeborenen Kindern, besonders Zwillingen, bei Pädatrien, chronischen Dyspepsien und dyspeptischen Zuständen nach Darmkatarrhen. Bei 28 Kindern war die Beobachtungszeit nur kurz.

Von den 37 länger beobachteten Fällen handelte es sich bei 31 um Kinder unter drei Monaten (16 gute Erfolge bei 5 dyspeptischen Stadien mittelschwerer Darmkatarrhe, 8 schwachen und frühgeborenen Kindern, 2 Pädatrien, 1 septische Furunkulose, 4 geringe Erfolge, 6 erfolglose Resultate, 5 Fälle mit geringem Schaden), bei 6 um Kinder von 3—6 Monaten (2 gute Erfolge bei Pädatrien, 2 erfolglose Resultate, 2 mit geringem Schaden). Vf. bringt auch eine tabellarische Uebersicht der Resultate bei verschiedenen Erkrankungen, erachtet aber eine individuelle Durchsicht der Krankengeschichten und eine Erwägung einzelner Fragen für wichtiger für die Gewinnung eines Urteils. Dadurch gelangt er zu folgenden Sätzen:

„Es ist wünschenswert und auch angängig, ambulante Kinder der ärmeren Bevölkerung in gewissen Fällen mit Buttermilch zu ernähren. Nur ist es derzeit noch nötig, daß diese Nahrung in einer

Zentralstelle mit ärztlicher Direktive, der tadellose rohe Buttermilch zur Verfügung steht, in Portionsflaschen abgeteilt, hergestellt wird. Die Anwendungsgebiete für die Buttermilch sind: Frühgeburten und bei Geburt schwach entwickelte Kinder, denen Brustnahrung nicht gegeben werden kann. (Beste Erfolge.) Atrophische Kinder, Verwendung zum Allaitement mixte, und im dyspeptischen Stadium mittelschwerer und leichter Darmkatarrhe, doch nicht im akuten Stadium. Bei angeborenem oder früh erworbenem Erbrechen schwerer Art.

Für kontraindiziert hat die Buttermilch zu gelten, wenn sie mit großem Widerwillen trotz mehr als zweitägigen Versuches genommen wird, wenn sie Dyspepsie mit stark sauren Stühlen oder heftiges Erbrechen, oder Darmkatarrh mit spritzenden Stühlen hervorruft, dann im dyspeptischen Stadium schwerer Darmkatarrhe. Bei Tetanie, bei sehr hochgradiger Verstopfung, bei Barlow'scher Krankheit.

Schließlich ist zu vermuten, daß eine zu lange Ernährung mit Buttermilch eine konstitutionelle Störung verursachen kann.“ — (Die Ther. d. Gegenw., Juli 1903.)

Beobachtungen bei der Arsenotherapie der Chorea. Von H. Schröder.

Bei der Behandlung der *infektiösen* (rheumatischen) Chorea konnte Autor eine ganze Reihe von Störungen beobachten, die vor den bisherigen für unschädlich und nützlich gehaltenen Arsenmengen warnen lassen. Das Arsen wurde in Form der Gubersquelle oder als Solutio Fowleri mit Aqua Cinnamomi aa dreimal täglich 2 bzw. 3 Tropfen, ansteigend bis dreimal täglich 10 bzw. 12 Tropfen gegeben. Bei leichten und schweren Fällen traten nun fast gleichmäßig sich wiederholend zwischen 12. und 14. Tage nach Beginn der kumulierenden Wirkung, nachdem die höchste Dosis überschritten war, verschiedene Störungen auf, und zwar allmähliche, mäßige oder plötzliche und hohe Temperatursteigerung, Pulsus celer, Veränderungen des Herzbefundes, Deutlicherwerden systolischer Geräusche, Verbreiterung der Herzgrenzen, Störungen der Herzaktion, rezidivierende rheumatische Erscheinungen und Verschlechterung der bereits gebesserten Chorea, manchmal Herpes, mitunter plötzliches „Mobilwerden alter solider Drüsenknoten“, schwere Erscheinungen von seiten des Digestionstraktes. Bei Verminderung der Dosis trat allmähliche, bei Aussetzen des Arsens rasche Besserung, resp. Heilung ein.

Bei der neuropathischen Form der Chorea traten derartige Störungen nie auf, ließ sich im Gegenteil konstant ein günstiger Einfluß auf den Krankheitsverlauf beobachten. — (Fortschr. der Med., 1. Juli 1903.)

Kasuistischer Beitrag zur Ernährung von Kindern mit Odda.

Von Erich Müller.

Diese neue Kindernahrung unterscheidet sich von anderen durch ihren Gehalt an Hühnerdotter, einem fettreichen Bestandteil, den v. Mering empfohlen hat. Der Eidotter enthält 31·8% Fett, dieses wieder phosphorreiches Lezithin. Der Lezithingehalt des Eidotterfettes ist für den Eiweißansatz bedeutungsvoll.

Von 24 mit Odda ernährten Kindern gestatteten 8 eine längere Beobachtung; sie waren sämtlich an akuten Magendarmstörungen erkrankt. Die Behandlung bestand allein in der Dарreichung von reiner Oddasuppe, manchmal nach vorausgeschickter eintägiger Hungerkur. Mit der Beimischung von Milch zur Oddasuppe wurde erst wieder begonnen, wenn die Kinder die Suppe nicht oder ungerne tranken. Das Kindermehl wurde kurze Zeit in Wasser aufgeköcht.

Autor kann auf Grund seiner Erfahrungen sein Urteil dahin abgeben, daß die Odda eine Kindernahrung darstellt, welche auch kleine Kinder (im zweiten Lebensvierteljahre) gut vertragen und dabei an Gewicht zunehmen. Besonders ist hervorzuheben, daß magendarmkranke Kinder bei alleiniger Ernährung mit Oddasuppe sich erholt haben. Nicht gelungen ist es, die Kinder länger als 5—10 Tage nur mit Odda zu ernähren, man mußte dann zu einem Zusatz von Milch übergehen. Meist hatten die Mütter es schon von selbst getan. Weiterhin gediehen gesunde Kinder des zweiten Lebenshalbjahres bei einem Zusatz von Odda zur Milch sehr gut und nahmen diese Mischung durch viele Wochen hindurch gern. Das Hauptfeld für die Anwendung der Odda dürften die Kinder sein, welchen man im 7. und 8. Lebensmonat zur Milch einen Zusatz geben will. Hier dürfte dieses neue Präparat durch seinen Gehalt an Eidotter vor den meisten anderen Präparaten den Vorzug verdienen. — (Therap. Monatschr., Juli 1903.)

Gelatinetherapie bei blutenden Kindern. Von A. Baginsky.

1. Haemophilie. Diphtherie. Gelatinebehandlung.

Ein 5jähriger, aus hämophiler Familie stammender Knabe (6 Brüder der Mutter hämophil, 5 Schwestern der Mutter und diese selbst nicht hämophil), dessen 4 Geschwister nicht hämophil waren,

hielt den rechten Schenkel im Hüft- und Kniegelenk gebeugt, und hatte Schmerzen beim Strecken. An der Herzspitze war ein systolisches Geräusch hörbar. Bei Rückgang der Erscheinungen von seiten des Beines traten Hautblutungen und Epistaxis auf, gegen die Tamponade, Eisenchloridwatte und *Secale cornutum*, endlich subkutane Injektion von 50 cm³ einer 3%igen Gelatinelösung versucht wurde. Bei 39 ° Temperatur erschien nun das Kind bleich und verfallen. Nach Entfernung der Tampons traten am Pharynx diphtheritische Plaques auf, in denen Löffler-Bazillen nachzuweisen waren (1500 A.-E. injiziert). Tags darauf Aussehen stark anämisch, Temperatur 39·4 °, erneute Nasenblutung; Tamponade und subkutane Injektion von 20 cm³ 10%iger Gelatinelösung. Nach drei Tagen bei Entfernung der Tampons Epistaxis, erneute Tamponade und Gelatineinjektion (25 cm³ einer 10%igen Lösung). Von da an sistierten die Blutungen und besserte sich das Befinden. Doch nach einiger Zeit Wiederholung der subkutanen und subperiostalen Blutungen und neuerdings Behandlung mit Gelatineinjektionen. Der Fall zeigt die empfehlenswerte Anwendung der besser wirkenden 10%igen Gelatinelösung.

2. *Melaena neonatorum*.

Ein drei Tage altes Kind verlor plötzlich erhebliche Mengen Blutes durch Mund und Mastdarm und verfiel sichtlich; zweimalige Injektion von je 10 cm³ einer 10%igen Gelatinelösung, Eismilch und Eistee. Die Blutung sistierte sofort und das Kind blieb am Leben.

Die Gelatinetherapie scheint ein wesentliches Hilfsmittel zur Bekämpfung schwerer Blutungen zu sein, ohne nachteilige Nebenwirkungen zu entfalten. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 36.)

Zur Kenntnis der gonorrhöischen Erkrankungen der Kinder.
Von Prof. A. Baginsky.

Ein 3¹/₂ Wochen alter Knabe zeigte einige Tage nach der Geburt eine Rötung um den Nabel, aus der sich nach Abfall der Nabelschnur (am zehnten Tage) eine an Ausdehnung zunehmende eiternde Wunde entwickelte. Eine anfangs bestehende, stark sezernierende Konjunktivitis besserte sich rasch nach Einträufelung einer Lapsilösung. An der Grenze des harten gegen den weichen Gaumen saß ein linsengroßes, belegtes Geschwürchen. Die Haut des Penis war stark gerötet und ödematös, am stark geschwellenen Präputium saß ein eiterbelegtes Geschwürchen. Die bakteriologische Untersuchung des Nabel- und des Peniseiters ergab ganz typische Gono-

kokken, zum Teil intracellular gelagert. Bei geeigneter Pflege heilte das Nabelgeschwür und bald trat völlige Heilung ein.

Vf. nimmt den Fall zum Anlaß, die Aetiologie der gonorrhöischen Infektionen des Kindesalters zu besprechen, die Infektionsmöglichkeiten darzulegen und deren Verhütung dringend zu betonen. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 36.)

Zahnheilkunde.

Ueber Behandlung entzündlicher Prozesse mittels konstanter (feuchter) Wärme nebst Demonstration des Hydrothermoregulators.

Von K. Ullmann.

Der von Ullmann konstruierte Apparat ist ein Präzisionsapparat für die Wärmebehandlung. Zur Wärmeübertragung dient ein Wasserstrom, welcher mit einigen Litern reinen Wassers jede Körperpartie in 'gleichmäßiger' Weise bei konstant bleibender Temperatur von 0—100 ° C. dauernd erwärmt, resp. kühlt. U. verwendet den Apparat bei phlegmonösen, erysipelatösen, akut entzündlichen, sowie entzündlich hyperplastischen Schwellungen, da die stetige Zufuhr von feuchter Wärme bei diesen Prozessen außerordentlich günstig im Sinne der Beschleunigung der Resorption wirkt. Bei Anwendung eines Prießnitz-Umschlages hingegen wird der Gewebszerfall weit mehr als nötig gefördert, so daß die Kranken selbst bei derartig entzündlichen Prozessen die Anwendung feuchter Kataplasmen wegen der Möglichkeit einer Fistel- oder Narbenbildung scheuen. Anders verhält es sich bei wirklicher Zufuhr höherer Temperatur. Diese erzeugt eine reaktive arterielle Hyperämie und Steigerung des Stoffwechsels, mithin eine Beschleunigung der Resorption des vorhandenen Exsudats. Damit geht gleichzeitig ein schmerzstillender Effekt einher, den man gerade im akuten Stadium der Entzündung auffallend konstatieren kann. Eine Kontraindikation für Applikation konstanter Wärme konnte U. bei den erwähnten Prozessen niemals finden. In der zahnärztlichen Praxis empfiehlt sie sich bei Behandlung entzündlicher Prozesse am Perioste der Kieferknochen, sowie der Lymphadenitiden im Bereiche der Hals- und Kiefergegend. So berichtet U. über einen Fall, bei welchem im Anschluß an eine Zahnoperation eine phlegmonöse Periostitis entstanden war, die mit starken Schmerzen, Schwellung am Unterkiefer und Drüsenanschwellung am Halse einherging. Der behandelnde Arzt besorgte Durch-

bruch nach außen. Nach Applikation des Apparates durch mehrere Tage mit größeren Pausen zwischen den einzelnen Behandlungen bei der Temperatur von 42° ging der Prozeß rapid zurück. Schmerz, Schwellung, Rötung und schließlich Verdickung des Kiefers schwan- den und nach 14 Tagen konnte die Patientin geheilt entlassen werden. — (Oest. Zeitschr. f. Stomatol., I. Jahrg., H. 7.)

R. Kronfeld.

Die Indikationsstellung in der Zahnheilkunde. Von R. Weiser.

Während vor 20 Jahren die Extraktion eine hervor- ragende Rolle spielte, vergehen jetzt Tage und Wochen, in welchen der vielbeschäftigte Zahnarzt die Zange nicht zur Hand nimmt. Die antiseptische Pulpabehandlung, die verschiedenen Methoden der Wurzelbehandlung, die operative Behandlung akuter und chro- nischer Abszesse, sowie der Wurzelgranulose und Zahnwurzel- zysten, die Fistelbehandlung haben die Indikation für Extraktionen gewaltig eingeschränkt. Extrahiert wird nur mehr in den nicht häufigen Fällen, wo von einer Periodontitis Pyämie auszugehen droht, wenn es nicht möglich ist, dem Eiterherde anderweitig beizu- kommen; ferner tritt die Extraktion in ihre Rechte bei stark ge- lockerten Zähnen, bei Zähnen, welche infolge ihrer Verlängerung oder Schiefstellung einen kunstgerechten Zahnersatz hindern, bei Zement-Hypertrophie, bei tief frakturierten oder wegen ungün- stiger Situation nicht behandlungsfähigen Zähnen. Leider wird die Indikation zur Extraktion mitunter durch soziale Momente beein- flußt. Für die Extraktion des ersten bleibenden Mahlzahnes wegen Raummangel möchte W. nicht eintreten. Infolge der selteneren Anwendung der Extraktion ist auch die Narkose seltener geworden. Bei einfacheren Eingriffen ist sie entbehrlich, bei größeren dauert die Stickstoff-Oxydul-Narkose zu kurz. Tiefere Narkosen aber sind für die zahnärztliche Praxis wegen der damit verbundenen Umständlichkeit und ihrer relativen Gefahr nicht verwendbar. — Replantation und Implantation ist nur in einzelnen Ausnahmefällen indiziert, da es zumeist mit den heutigen Methoden der Wurzelbehandlung gelingt, dieses schwierige und unverläßliche Verfahren zu umgehen. Bei chronischem und akutem Alveolarabszeß, bei Zahnwurzelzysten und hartnäckigen Fisteln wird dafür die radikale Behandlung mittelst Bloßlegung und Resektion der Wurzelspitze immer häufiger geübt. — Bezüglich der Füllungsma- terialien beschränkt W. die Indikations- stellung auf Gold und Porzellan, da dieselbe gerade hier eine wich-

tige Rolle spielt. Die Wahl des Füllungsmaterials richtet sich nach so vielen Momenten, daß es im einzelnen Falle nicht immer leicht ist, das Richtige zu treffen. So hat man zu erwägen: die Stellung des Zahnes und die Lage der Kavität, die Widerstandsfähigkeit des Zahnes und die Empfindlichkeit des Patienten, das Alter des letzteren, seine soziale Stellung, seine Lebensweise, die Beschaffenheit des Speichels etc., kurz eine ganze Reihe von anscheinend nebensächlichen Dingen, von deren Beachtung aber der Erfolg unserer Arbeit abhängt. — Auf das Gebiet der *Prothese* übergehend bespricht W. eingehend die Indikationen und Kontraindikationen der Kronen und Brücken, erwähnt die Vorteile dieser idealen Methode des Zahnersatzes und warnt davor, deren vorzügliche Resultate durch Halbheit der Maßnahmen und Konnivenz an die Unentschlossenheit des Patienten aufs Spiel zu setzen. — (Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., 19. Jahrg., H. 2.)

R. Kronfeld.

Kleine Mitteilungen.

Ein neuer einfacher Impfschutzverband. Von Dr. Joh. B. Teich. Ein Impfschutzverband soll 1. aseptisch sein, 2. weder chemisch noch mechanisch reizen, 3. wenigstens 24 Stunden haften, um für die Zeit, da die kleine Impfwunde noch offen ist, gegen Infektion zu schützen, 4. seine Anwendung soll nicht zeitraubend, und 5. soll er billig sein. *Ts.* Impfschutzverband beruht auf der Anpassung des Uhrglasverbandes an die besonderen Verhältnisse der Vaccineimpfung. Uhrglasförmige Schälchen aus Zelluloid, die mit einem flachen Rande versehen sind, werden von oben (der konvexen Seite) her mit einem schmalen Ring aus salizylfreiem Collemplastrum adhaesivum in der Art armiert, daß die innere Hälfte der klebenden Seite die Krämpe des Schildchens bedeckt, während die äußere, breitere Hälfte zum Aufkleben auf den Arm des Impflings dient. Die Schildchen werden auf *Organtin* aufgeklebt. Beim Gebrauche hebt man sie mittels einer Pinzette von demselben ab, hält sie derart über die Impfstelle, daß diese gerade unter der Höhlung des Schälchens liegt und drückt letzteres mit den Fingern von oben her leicht auf den Arm auf. Bei sich sträubenden Kindern kommt es vor, daß die Lymphe zu weit auseinandergewischt wird und das Pflaster dann nicht haftet. Es muß dann vorher die Haut in der Umgebung der Impfstelle mittels

Watte abgetrocknet werden. Die Impfwunde kommt mit dem Verbands gar nicht in Berührung, sie wird durch den Pflasterring hermetisch von der Umgebung abgeschlossen und, da der Verband selbst mehrere Tage lang hält, bis zu ihrer Abheilung, respektive Entwicklung der Impfpustel vor Infektion und mechanischer Insulte bewahrt. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 23, 1903.)

Ueber Darmdesinfektion. Von Dr. Sch ä f e r. Die häufigen Darmerkrankungen bei Sträflingen in den Gefängenhäusern, die hauptsächlich in der ungewohnten Kost und den Lebensverhältnissen bedingt sind, hat S. mit gutem Erfolge mit Ichthalbin 2·0×3 pro die behandelt. Es wirkte besonders günstig auf die Schleimsekretion. Die Entleerungen wurden breiiger und seltener. Auch bei den infektiösen Sommerdiarrhöen, die in Strafanstalten häufig und epidemisch auftreten, wurde in zehn Fällen durch diese Medikation die lokale Darminfektion rasch beseitigt. — (Wien. med. Presse Nr. 18, 1903.)

Bullings Inhalationsapparat wurde in der Gesellschaft für innere Medizin von Prof. L. v. Schr ö t t e r demonstriert. Derselbe besteht aus einem Motor, welcher die Luft bis zu 4 Atmosphären Druck komprimiert. Diese wird in das Inhalationskabinett geleitet, wo sie durch eine Düse ausströmt, wobei sie die Inhalationsflüssigkeit mitreißt und äußerst fein zerstäubt. In den Spray wird durch mehrere Öffnungen reine komprimierte Luft geleitet, welche die zerstäubte Inhalationsflüssigkeit noch weiter zerstäubt und die Kondensation derselben verhindert, so daß die Kleider der im Inhalationsraume befindlichen Person immer trocken bleiben. Die zerstäubten Flüssigkeitspartikelchen, welche zirka $\frac{1}{10.0000}$ mm Durchmesser haben, dringen, wie durch Versuche erwiesen wurde, bis in die Lungenalveolen ein; zerstäubtes Jodnatrium war schon nach einer halben Stunde im Harne nachweisbar. Der Aufenthalt im Inhalationsraume ist wegen des reichlichen Zuströmens reiner Luft nicht belästigend. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 29, 1903.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Ichthyolidin ist Piperazinum thiohydrocarburo-sulfonicum, welches 7% Piperazin enthält und somit einem Gehalt von ungefähr 15% käuflichen Piperazins entspricht. Es stellt ein schwarzbraunes, amorphes Pulver dar, entfernt an Teer erinnernd und von etwas bitterlichem unangenehmen Geschmack. In Wasser

und den üblichen Lösungsmitteln nahezu unlöslich, zersetzt sich das Ichthyolidin in der Hitze unter Bildung brennbarer Gase, Wasser, Ammoniakverbindungen, stickstoffhaltiger Basen u. a. m. Bei weiterem Erhitzen verflüchtigt sich die Substanz, ohne einen merkbaren Rückstand zu hinterlassen. Das Ichthyolidin nun, welches theoretisch die Doppelwirkung der Lösung der Harnsäureablagerungen und der Hemmung ihrer Bildung in sich trägt, hat D o r n an einer beträchtlichen Reihe Gesunder und Kranker einer eingehenden Prüfung unterworfen, um die praktische Verwertung des Mittels namentlich bei gichtischen Störungen zu erproben. Die Beobachtungen haben ergeben, daß das Mittel tatsächlich den Erwartungen entspricht. Dosis 3—4 g pro die. — (Ther. Monatsh. Nr. 6, 1903.)

Glykosal ist Mono-Salizylsäure-Glyzerinester in Form eines weißen, in kaltem Wasser schwer, in heißem Wasser und in Alkohol leicht löslichen Krystallpulvers. Schp. 76° C. Anwendung findet es als Antiseptikum und Antirheumatikum anstatt Salizylsäure; äußerlich zu Pinselungen bei Gonitis serosa und Kystitis. Dosis: 10—12 g täglich, zu Pinselungen 20%ige alkoholische Lösungen. — (Pharmaceut. Post Nr. 25, 1903.)

Neue Quecksilberpräparate nach L. Jullien und Berlioz: **Quecksilber-Ammoniumkakodylat.** Cacodylhydrarg. AsO (CH₃)₂ON₂Hg. Graues, wasserlösliches Pulver mit 56% Quecksilber, zu subkutanen Injektionen in Dosen von 0·01 bis 0·02. — **Quecksilber-Ammoniumchlorid.** Chlorhydrargyre Hg Cl₂ · 2(NH₄Cl) enthält 53% Hg. Es soll anstatt Sublimat in der Chirurgie, sowie gegen Syphilis Anwendung finden. Die damit gemachten Injektionen sind schmerzlos. — **Quecksilberoxychlorid.** Oxychlorhydrargyre HgO₂HgCl₂ enthält 79% Hg, ist wenig löslich; unter Zuhilfenahme von Chlorammonium übergeht es leicht in Lösung. Man löst 2 g Quecksilberoxychlorid und 6 g Chlorammonium in 100 g Wasser und injiziert von dieser Lösung 0·5—1 cm³. — **Quecksilberoxydiammoniak** entsteht durch Auflösen von einem Teil gelbem Quecksilberoxyd in fünf Teilen heißer Chlorammoniumlösung. — (Pharm. Post Nr. 26, 1903.)

Hopogan von Kirchhoff und Neirath-Berlin oder Biogen ist Magnesiumperoxyd MgO₂. Es bildet ein leichtes, weißes, geruchloses, in Wasser fast unlösliches Pulver. Das Präparat wird als Hopogansauerstoffpastillen in den Handel gebracht,

welche nach dem Fabrikanten aus MgO_2 , MgO und Milchzucker bestehen. Sie sollen im Magen Sauerstoff entwickeln und werden zu verschiedenen Indikationen namentlich Behandlung des Diabetes, angepriesen. — (Pharm. Post Nr. 27, 1903.)

Bei chronischen Lungenaffektionen:

1. Rp. Kal. sulfogujacol. 10·0
 Ammon. sulfoichthyol. 1·0
 Syr. cort. aur. 30·0
 Tinct. chin. compos. 10·0
 Aq. destill. ad 150·0

D. S. Dreimal täglich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Ichthyoli 10·0
 Syr. menthae 20·0
 Aq. destill. 80·0

D. S. Anfangs täglich zwei Kaffeelöffel voll in Wasser zu nehmen und jeden zweiten Tag um zwei Kaffeelöffel zu steigern, bis die ganze Quantität innerhalb eines Tages verbraucht wird.

Bei lokaler Hyperidrosis:

1. Rp. Acid. formic. 5·0
 Acid. trichloracet. }
 Bals. peruvian. } $\bar{a}\bar{a}$ 1·0
 Chloral. hydr. 5·0
 Alcoh. absolut. ad 120·0

D. S. Zum Einreiben.

2. Rp. Tinct. quillajae }
 Tinct. myrrh. } $\bar{a}\bar{a}$ 50·0
 Natr. benzoic. 20·0
 Aq. menth. crisp. }
 Aq. lavandul. } $\bar{a}\bar{a}$ 40·0
 Aq. citr.

D. S. Dreimal täglich zur Waschung.

Bei Hordeoleum:

- Rp. Jod. pur. 0·2
 Kal. jod. 0·6
 Lanolini 4·0
 Vaselini }
 Aq. destill. } $\bar{a}\bar{a}$ 8·0

M. f. ungt. D. S. Augensalbe.

Bei Alveolarpyorrhöe:

1. Rp. Kal. chloric. 20·0
 Sapon. medic. 10·0
 Calc. carbon. praecip. 20·0
 Ol. menth. piper. gtt. XV
 Ol. caryophyll. gtt. V
 Glycerini q. sat

D. S. Zahnseife. Mit einer Dachshaarbürste einzureiben.

2. Rp. Resin. benzoës 2·0
 Ol. menth. crisp. 1·0
 Pulv. coccionell. 0·5
 Spir. vini ad 300·0

D. S. Zwanzig Tropfen auf ein Glas warmen Wassers zur Mundspülung.

Bei gonorrhöischer Dysurie:

- Rp. Extr. fol. belladonn. 0·25
 Natr. salicyl. 10·0
 Tinct. cort. aur. 5·0
 Aq. destill. ad 200·0

D. S. Zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Bei Seborrhoea capitis:

- Rp. Resorcini resublim. }
 Chloral. hydrat. } $\bar{a}\bar{a}$ 3·0
 Acid. tannic. }
 Tinct. benzoës 1·5
 Ol. ricini 5·0
 Spirit. vin. conc. ad 10·00

D. S. Abends einzureiben.

Als Depilatorium:

- Rp. Ol. terebinth. 6·0
 Ol. ricini 8·0
 Tinct. jod. 3·0
 Spiritus vin. 50·0
 Collodii 100·0

D. S. Drei Tage hintereinander einzupinseln.

Bücher-Anzeigen.

Prof. Eduard Langs Therapeutik für Venerische und Hautkranke. Von Dr. E. Deutsch. IV. Auflage. Verlag von Josef Šafář. 1903.

In der ursprünglichen Fassung, die uns heute noch recht geläufig ist, bot das schmüchtige Heftchen der Lang'schen Therapeutik in knappster Erläuterung all jene Heilbehelfe chemischer oder physikalischer Natur, welche sich an der Station des Vfs. eingebürgert hatten. Es war das weniger ein Führer durch die allgemeine und spezielle Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, als vielmehr ein getreuer Spiegel der an der zweiten Syphilisabteilung entfalteteten Tätigkeit und damit gleichzeitig ein wertvoller Berater für Diejenigen, denen die Möglichkeit einer selbständigen Erprobung therapeutischer Empfehlungen benommen ist.

Zufallsweise haben wir im Laufe der Jahre den Leitfaden ganz aus dem Gesichtskreise verloren und sind umso erstaunter, heute demselben in gänzlich veränderter Gestalt, zu einem 234 Seiten umfassenden Bande angewachsen, wieder zu begegnen. Der mit imposanter Façade ausgeführte Zubau hat hiebei freilich dem alten Trakt den intimen Charakter benommen und mußte notgedrungen zu einer Beeinträchtigung des individuellen Grundrisses führen. So haben die Bemerkungen über die Behandlung der Hautkrankheiten in weitestem Ausmaß das neu erworbene Terrain für sich in Anspruch genommen, man erfährt, wie die Orientbeule, das Myxödem, Milzbrand, Rotz, Hautmaulwurf, Blasenwurm, Lymphodermie, Ergotismus, Erythromelalgie, Porokeratosis, Akanthosis und andere Raritäten behandelt werden. Man hört, daß Finsen die Blattern mit rotem Licht behandelt, daß Kromeyer die Derivate der Pyrogallussäure gegen Psoriasis empfiehlt, man wird unterrichtet, wie v. Bergmann gegen Lepra vorgeht, und so mehr — doch verlautet unserer Meinung nach leider viel zu wenig darüber, wie sich Lang zu diesen Empfehlungen stellt, was er gegen die einzelnen alltäglichen Dermatosen in Anwendung zieht, empfiehlt oder verwirft.

Des Genaueren berücksichtigt finden wir die eigenen Heilanzeigen dieses ebenso gewissenhaften als gründlichen Therapeuten hauptsächlich nur bei Erörterung der Lupustherapie, der Ekzem- (Emplast. plumb. olein.) und Aknebehandlung.

Der Abschnitt indes, welcher die venerischen Krankheiten behandelt, weist trotz der Enge des ihm zugemessenen Raumes eine Fülle von praktischen Bereicherungen auf, die insgesamt erst nach genauester Exploration dem an der Abteilung in Geltung stehenden Heilplane einverleibt wurden.

Die deutliche Beschreibung, deren sich Deutsch in diesem Abschnitte bei Wiedergabe der einzelnen manuellen Handgriffe, technischen und medikamentösen Hilfsmittel befleißt, wird gewiß nicht verfehlen, der Therapeutik Langs — auch in der neuen Form — einen dankbaren Anhang zu sichern.

N.

Ueber die Therapie der Gallensteinkrankheit.

Von **Dr. S. Mintz** in Warschau.

I.

Einleitung. Die Pathogenese der Gallensteinkrankheit. Die „dyskrasische“ Theorie. Die katarrhalisch-parasitäre Theorie. Steinbildender Katarrh. Mikroorganismen als Erreger der Gallensteine. Sterilität der normalen Galle. Anwesenheit von Mikroorganismen in der Galle bei Typhus, Cholera und Gallensteinkrankheit. Die Bedeutung der Gallenstauung für die Infektion der Gallenwege. Experimentelle Erzeugung der Gallensteine.

Jede rationelle Therapie stützt sich auf die Pathogenese des betreffenden Leidens, auf pathologisch-anatomische Untersuchungen, sowie auf eine exakte klinische Beobachtung. Hand in Hand mit der Entwicklung der Pathologie geht die Entwicklung der Therapie, und keine neue Erfahrung in der Lehre über Wesen und Ursache einer bestimmten Krankheit bleibt ohne bedeutenden Einfluß auf die Wahl der Heilmittel und therapeutischen Eingriffe. So haben auch der radikale, seit kurzer Zeit bestehende Umschwung in der Auffassung der Entstehungsweise der Gallensteine, der Gallensteinkolik und der Pathogenese der Entzündungsvorgänge in den Gallenwegen, sowie die durch Operationen und am Obduktionstisch erhaltenen Resultate ihren Stempel auf die Therapie der Gallensteinkrankheit aufgedrückt. Vielleicht kann kein Zweig der Medizin einen solchen Fortschritt im Laufe der letzten Jahre aufweisen, wie gerade die Lehre von den Gallensteinen. Auf diesem Grenzgebiete der internen Medizin und Chirurgie haben gemeinsame Bestrebungen von Internisten und Chirurgen unsere Begriffe über das Wesen und die Pathogenese der Gallensteinkrankheit nicht nur erweitert und vertieft, sondern sie haben auch eine dauernde Basis zur Therapie dieser so häufigen und besonders bei uns sehr verbreiteten Krankheit geschaffen. Dank den neueren Forschungen wurden sowohl neue Mittel in das Arsenal der bei Gallensteinkrankheit angewendeten Präparate eingeführt, sowie auch für einige alte, rein empirisch erprobte Mittel die wissenschaftliche Begründung gefunden, außerdem aber wurde die Therapie durch einen neuen Abschnitt, den chirurgischen, bereichert. Aus der Erkenntnis der Pathogenese der Gallensteinkrankheit zog vor allem die prophylaktische Therapie Nutzen, auf das Ver-

ständnis des Wesens der Gallensteinkolik stützt sich die Behandlung des Anfalls selbst, endlich ermöglicht die moderne Chirurgie, welche auch die größten technischen Schwierigkeiten nicht scheut, ein ärztliches Eingreifen in den Fällen, wo früher der Internist im Bewußtsein seiner Ohnmacht die Hände ratlos sinken ließ.

Auf Grund obiger Betrachtungen ist es schwer, bei Besprechung der Therapie der Gallensteinkrankheit sich auf den engen Rahmen dieses Themas zu beschränken. Ich glaube vielmehr, daß die ganze Sache an Klarheit gewinnt, wenn ich vor der Besprechung der Therapie in des Wortes engster Bedeutung wenigstens oberflächlich in allgemeinen Zügen die neuen Theorien über die Entstehungsweise der Gallensteine, über die Pathogenese der Entzündungsvorgänge in den Gallenwegen und über das Wesen der Gallensteinkolik erwähne.

Bis vor kurzer Zeit dominierte in der Lehre von der Pathogenese der Cholelithiasis ausschließlich die dyskrasische Theorie, welche das Entstehen von Steinen in den Gallenwegen auf mangelhaften Stoffwechsel zurückführte. Der Vertreter dieser Theorie in letzter Zeit war B o u c h a r d. Die Krankheit beruht seiner Ansicht nach auf einem trägen Stoffwechsel, infolge dessen einerseits ein Ueberschuß an Cholesterin entsteht, anderseits eine Abnahme der Gallensäuren, welche in normalem Zustande jene Substanz in Lösung erhalten. Außerdem wird im Sinne dieser Theorie die Ablagerung von Cholesterin noch durch den Kalküberschuß in der Galle begünstigt, welcher zur Ursache die übermäßige Säure der Körpersäfte hat.

Der Umschwung der Ansichten über die Pathogenese der Cholelithiasis datiert vom Jahre 1891, als N a u n y n am Wiesbadener Aerztekongreß die B o u c h a r d'sche Theorie widerlegte, indem er bewies, daß dieselbe auf keinen positiven Tatsachen beruhe, sondern nur auf unsicherer hypothetischer Basis. Vor allem betonte N a u n y n den Umstand, daß die Menge des in der Galle vorhandenen Cholesterins und Kalkes unabhängig sei von der Beschaffenheit der Nahrungsaufnahme. Ferner daß es an Stoffen, welche zum Lösen des Cholesterins notwendig sind, nie fehle. Endlich erklärt uns die B o u c h a r d'sche Theorie keineswegs die Häufigkeit der Entzündungsvorgänge, welche bei Cholelithiasis vorkommen.

Die dyskrasische Theorie der Pathogenese der Gallensteinkrankheit ersetzte N a u n y n durch die katarrhalisch-bakterielle.

Nach dieser Theorie entstehen die wichtigsten Bestandteile der Gallensteine nicht infolge Störungen im Stoffwechsel, sondern infolge eines Katarrhes der Blasenwände oder Gallengänge (steinbildender Katarrh), welcher abhängig ist von einer Infektion durch Mikroorganismen, die entweder mit Hilfe des Blutkreislaufes in die Gallenwege gelangen oder, was viel häufiger ist, direkt vom Duodenum infolge einer verlangsamten Gallenströmung eindringen. Mit einem Worte, es hängt, nach N a u n y n s Theorie, die Steinbildung vom Katarrh ab, welcher durch Mikroorganismen hervorgerufen wird, deren Eindringen hauptsächlich die Gallenstauung begünstigt. Auf die Bedeutung des Katarrhes für die Steinbildung machte schon M e e k e l v. H e m s b a c h 35 Jahre vor N a u n y n aufmerksam, die Versuche des letzteren wiederum bestätigten vollständig die Richtigkeit der Theorie vom „steinbildenden Katarrh“. Die Gallensteine bestehen, wie bekannt, hauptsächlich aus Cholesterin und Bilirubin, welches in Verbindung mit Kalk eine unlösliche Verbindung eingeht, den Bilirubinkalk. Die Ueberproduktion der beiden genannten Bestandteile kann durch einen Katarrh erklärt werden. Das Cholesterin müssen wir als Verfettungsprodukt des Epithels der Gallenblase, respektive der Gallengänge infolge des katarrhalischen Prozesses ansehen. Was wiederum das Bilirubin anbelangt, so befindet sich dasselbe in normalen Verhältnissen nicht in chemischer Zusammensetzung mit Kalk. Selbst nach Hinzufügen eines Ueberschusses von Kalk in eine Bilirubinlösung entsteht keine solche Verbindung. Wenn wir hingegen bei Anwesenheit von Eiweiß in eine Bilirubinlösung einige Tropfen Kalkwasser hinzutun, so scheidet sich Bilirubinkalk aus (N a u n y n'scher Versuch). Gerade also die Anwesenheit von Eiweiß, eine notwendige Bedingung zum Fällen von Bilirubinkalk, finden wir beim Katarrh, infolge Zerfalles der Epithelzellen.

Auf dem nämlichen Kongreß in Wiesbaden begründete N a u n y n auch die Theorie vom bakteriellen Ursprung der Gallensteinkrankheit. Die bakteriologischen Forschungen von N a u n y n, G i l b e r t und D o m i n i c i n i, L é t t i e n n e, G i l b e r t und F o u r n i e r, H a n o t bewiesen, daß im Innern der Gallensteine häufig Mikroorganismen in lebendem oder leblosem Zustande sich befinden, und daß einige Steine, welche das Bacterium coli enthalten, unzugänglich für Mikroorganismen sind, was augenscheinlich beweist, daß dasselbe schon vor der Steinbildung in der Galle vorhanden sein mußte. Außerdem konnte H a r t m a n n sich

überzeugen, daß im Innern von Gallensteinen noch dann lebende Mikroorganismen sich befinden können, wenn die Galle selbst in aseptischem Zustande sich befindet.

In Anbetracht der wichtigen Rolle, welche den Bakterien bei der Steinbildung zukommt, wirft sich vor allem folgende Frage auf: Befinden sich in den Gallenwegen in normalem Zustande Mikroorganismen? Die Versuche von *Netter*, *Duclaux* und *Miyake* an Tieren bewiesen, daß nur der letzte Abschnitt des gemeinsamen Gallenganges (*Ductus choledochi*) gleich neben der Papille in der Mehrzahl der Fälle Mikroorganismen enthält, welche für gewöhnlich im Verdauungskanal sich befinden (*B. coli*, *Streptococcus*). Unter gewöhnlichen Bedingungen versperrt der Gallenstrom den Mikroorganismen den Weg zu den höher gelegenen Abschnitten. *Ehret* und *Stolz* überzeugten sich, daß Galle aus der Gallenblase von Meerschweinchen, Hunden und Ochsen in normalen Verhältnissen entweder vollkommen aseptisch ist oder nur so wenig Mikroorganismen enthält, daß, wenn sie sich in die Peritonealhöhle ergießt (nach Unterbinden des Blasenganges und Aufschneiden der Blasenwände) sie keine letale Bauchfellentzündung hervorruft. Zu denselben Resultaten führten die bakteriologischen Untersuchungen der Galle an menschlichen Leichen von *Léttienne*, *Gilbert* und *Girorde*, *Naunyn*, *Menzel* und anderen. *Fraenkel* und *Krause* untersuchten bei Leichen den Inhalt der Gallenblase nach vorherigem Unterbinden des *D. choledochus* und fanden in 105 von 131 Fällen die Galle aseptisch. Berücksichtigung verdient die durch die genannten Autoren erwiesene Tatsache, daß bei allen infektiösen Erkrankungen, ausgenommen Cholera und Typhus (bei Typhus enthält die Galle immer Typhusbazillen), die Galle sich aseptisch zeigte. Bei Cholelithiasis fanden die oben genannten Forscher in der Mehrzahl der Fälle *B. coli* und dreimal *Strept. pyog.*, einmal *Diploc. lanceolat.* In 31 von 36 Fällen Tuberkulose enthielt die Galle keine Tuberkelbazillen. Dieselben Forscher beschäftigten sich auch mit der Frage, in welchem Maße überhaupt Galle einen guten Nährboden für die Entwicklung gewisser Mikroorganismen bildet. Als geeigneter Nährboden zeigte sich Galle für den Typhusbazillus, *Strept. pyog.*, *B. coli* und Vibrionen. Zu denselben Resultaten führten die Versuche von *Miyake* mit künstlicher Einführung von Mikroorganismen in die Gallenblase. Er überzeugte sich, daß Galle den besten Nährboden für Typhusbazillen, *B. coli*, *Strept.*

pyog., Staph. aur. und B. prodigiosum bildet. Ich kann nicht umhin, die bakteriologischen Forschungen von v. M i e z c k o w s k i in der Klinik von Prof. M i k u l i c z zu erwähnen. Bei Untersuchung von frischer Galle, welche aus einer gesunden Gallenblase bei Laparotomie stammte, fand M. dieselbe immer aseptisch. Die Asepsis findet ihre Deutung in der Gallenströmung, welche das Eindringen von Mikroorganismen aus dem Verdauungskanal, respektive aus dem oberen Abschnitt des Gallenganges verhindert. Deshalb also enthält in Fällen, wo die Gallenströmung schwächer wird, oder wo absolute Gallenstauung besteht, die Galle fast immer Mikroorganismen. Bei den Versuchen M i e z c k o w s k i s war von 23 Fällen Cholelithiasis kaum in fünf Fällen die Galle aseptisch, in den anderen 18 enthielt sie B. coli. Die Bedeutung der Gallensteine für die Entwicklung der Mikroorganismen in der Gallenblase erklären E h r e t und S t o l z gerade durch den Umstand, daß jegliche Störung im Mechanismus der Gallenblase in hohem Grade die Vermehrung der häufig in derselben vereinzelt vorkommenden Keime begünstigt und daß bei Cholelithiasis nach Ansicht jener Autoren folgende Bedingungen die Gallenzirkulation erschweren und die Vermehrung der Bakterien hervorrufen: 1. Zwischen den einzelnen Steinen bleibt immer etwas Galle zurück (Residualgalle); 2. die die Steine umgebende Flüssigkeitsschicht begünstigt die Entwicklung der Mikroorganismen; 3. für manche Steine spielt ihre Porosität dieselbe Rolle. Für alle Fälle muß man den Inhalt der Gallenblase bei Steinkrankheit immer als schädlich für das Bauchfell ansehen. Es ist dies eine wichtige Tatsache, aus welcher der Chirurg die entsprechenden Konsequenzen ziehen muß, indem er bei Operationen an den Gallenwegen die größte Vorsicht walten läßt. Die Bedeutung der Gallenstauung für die Infektion der Gallenwege beleuchten die Versuche des japanischen Arztes M i y a k e, welche erwiesen, daß das Unterbinden der Gallenblase selbst nach längerer Zeit keine Infektion der Galle hervorruft, hingegen wird nach Unterbinden des Gallenganges unmittelbar bei der Ampulla Vateri die Galle oberhalb der unterbundenen Stelle bis zur Gallenblase schon nach einigen Tagen regelmäßig infiziert.

Die obenerwähnten Umstände beweisen, daß unter günstigen Bedingungen gewisse Arten von Mikroorganismen aus dem Endabschnitt des gemeinsamen Gallenganges in die Gallenblase gelangen, wo sie günstige Bedingungen zur weiteren Entwicklung

finden. Außerdem ist bekannt, daß dieselben Mikroorganismen sich im Innern der Steine befinden. Dieser Umstand bildet an und für sich eine wichtige Grundlage für die parasitäre Theorie, aber einen dauernden Beleg bilden erst die Forschungen von Mignot und Miyake, denen es auf experimentellem Wege durch Infizieren der Gallenblase gelang, künstliche Steine in derselben zu erzeugen. Die Versuche Mignots erwiesen, daß die Anwesenheit aseptischer Körper in der Gallenblase weder Entzündung, noch Ablagerung von Gallenbestandteilen hervorruft, hingegen geschieht dies durch Anwesenheit von Fremdkörpern, welche durch Mikroorganismen infiziert sind, je nach dem Grade der Virulenz dieser Mikroorganismen. So lange die Virulenz eine bedeutende ist, so lange bilden sich keine Ablagerungen, sondern ein Gallenbrei, vermischt mit Eiter. Auf Grund obiger Versuche nimmt Mignot an, daß zur künstlichen Ablagerung von Konkrementen zwei Faktoren notwendig seien, und zwar: eine abgeschwächte Virulenz der Mikroorganismen (Gattung spielt keine Rolle) und eine gestörte Kontraktionsfähigkeit der Gallenblase. Fast zu denselben Resultaten gelangte Miyake, der noch mehr die Bedeutung der Gallenstauung für die Steinbildung betonte. Zur vollkommenen Fertigstellung der Steine ist es notwendig, daß dieselben nicht infolge von Kontraktion der Gallenblase in den Darm entleert werden. Bei einfachem Infizieren gelang es diesem Forscher nicht, Gallensteine zu erhalten, hingegen war das Resultat immer ein positives, wenn er den Blasengang locker unterband oder ein Stück vom Netze an die Gallenblase befestigte, indem er dadurch die Kontraktionsfähigkeit deren Wände verringerte. Obige Tatsachen werfen ein bedeutendes Licht auf die ätiologische Bedeutung der Gallenstauung für die Cholelithiasis, sowie auf die Rolle, welche in der prophylaktischen Therapie die Entfernung dieses schädlichen Faktors spielt.

II.

Die Pathogenese der Entzündungsvorgänge in den Gallenwegen. **Infektion und Störung des Gallenabflusses als Faktoren, welche bei gleichzeitigem Zusammenwirken eiterige Entzündung der Gallenblase hervorrufen. Infektion und Autoinfektion der Gallenwege. Cavité close. Die Identität der Faktoren, welche Steinbildung und Entzündung in den Gallenwegen hervorrufen.**

Nachdem wir in allgemeinen Zügen die modernen Anschauungen über das Wesen der Steinbildung in der Gallenblase kennen gelernt haben, so treten wir jetzt zur Betrachtung der Pathogenese

der die Cholelithiasis häufig begleitenden Entzündungsvorgänge in den Gallenwegen. Eine solche Reihenfolge scheint mir sehr entsprechend zu sein in Hinsicht darauf, daß dieselben Faktoren, denen die Cholelithiasis ihre Entstehung verdankt, gleichzeitig Entzündungsvorgänge in der Gallenblase und den Gallengängen hervorrufen. Der Unterschied hängt, wie wir unten sehen werden, nur vom Grade der Virulenz der krankheitserregenden Mikroorganismen ab, von der Intensität der Infektion. Schon *Naunyn* konnte sich überzeugen, daß Infektion der Galle in der Blase an und für sich ohne Unterbindung derselben keine Entzündung der Gallenblase bewirkt. *Roger* und *Charrin* (1891) ebenso wie *Gilbert* und *Dominicini* gelangten zwar zu anderen Schlüssen, aber die Methode, derer sich die Autoren bei ihren Forschungen bedienten, ist nicht einwandfrei. *Rogers* Methode beruht auf Einführen von Infektionskeimen mit Hilfe einer Nadel durch das Duodenum in die Papille. *Gilbert* und *Dominicini* bedienten sich bei ihren Forschungen der durch letzteren modifizierten Methode von *Roger*. Sie erzeugten bei Kaninchen eitrige Entzündung der Gallenblase und Gallengänge mit Hilfe bloßer Infektion. *Ehret* und *Stolz* behaupten ganz richtig, daß obige Versuche *Gilberts* und *Dominicinis* nicht maßgebend seien, da bei diesen Methoden vor allem Infektion der Einstichstelle, infolge des zum Infizieren benützten Stoffes, entstehe, und der auf diese Weise entstandene kleine Eiterungsherd als Quelle diene, von wo aus die Infektion auf die Gallenwege weiterstreitet. Außerdem bildet schon die geringe entzündliche Schwellung der Schleimhaut, welche durch den Stich hervorgerufen wird, ein ernstes Hindernis für den Gallenabfluß oder ruft sogar vollkommenen Verschuß hervor, so daß bei diesen Versuchen neben der Infektion eigentlich noch ein anderer Faktor mitspielt, und zwar die Störung des Mechanismus. So bewirkte auch in diesen Versuchen, bei denen behufs Einführung von Kulturen von *B. coli* die Wände des Gallenganges nicht verletzt wurden, die Infektion selbst keine eitrige Entzündung der Gallenwege. Wir wollen hier an das interessante Experiment von *Domochowski* und *Janowski* erinnern, welches aus dem Jahre 1893 stammt: Indem sie Infektionsmaterial durch die Oeffnung im Duodenum in den Gallengang mit Hilfe von Röhrechen einführten, erhielten sie keine eitrige Entzündung der Gallenwege. Ebenso sah auch *Mignot* bei seinen Versuchen nie eine Entzündung der Gallen-

wege nach Injektion einer höchst virulenten Bazillenkultur. Wenn er dagegen Fremdkörper in die Gallenblase einführte (Baumwolle, Seidenpapier, Sandkörnchen) oder wenn er den Blasengang unterband, so erhielt er regelmäßig eine eitrige Entzündung der Gallenblase, sogar dann, wenn die Unterbindung erst einige Monate nach Einführung der *B. coli* in die Gallenblase stattfand. Dieselben Resultate gaben auch andere Arten von Mikroorganismen, wie z. B. Staphylokokken und Streptokokken.

Eine glänzende Bestätigung der Ansichten *Naunyns* finden wir in den Versuchen von *Ehret* und *Stolz*. Indem sie direkt mit Hilfe einer *Pravaz*-Spritze virulente Kulturen in die Gallenblase injizierten, erhielten sie nie eitrige Entzündung derselben: nach Tötung der Versuchstiere oder nach einer Probelaparotomie fanden sie außer vereinzelt Mikroorganismen in der Gallenblase sonst keine anderen krankhaften Veränderungen. Dasselbe Resultat gab die Infektion der Gallenblase auf dem Wege des Blutkreislaufs. Die in das Blut eingeführten Bakterien wurden nach 48 Stunden in der Gallenblase gefunden, jedoch ohne eine Spur von Entzündung. Andererseits bemerkten dieselben Forscher nach Unterbindung des Blasen- oder Gallenganges, ohne vorheriges Einführen von Infektionskeimen in die Gallenwege, eine serös-schleimige Entzündung, nie aber eine eitrige. Hingegen riefen sie in Übereinstimmung mit *Naunyn* regelmäßig eitrige Gallenblasenentzündung hervor, wenn sie vor Einführung des Infektionskeimes den Blasengang unterbanden.

Aus obigen Versuchen geht hervor, daß selbst unmittelbare Infektion der Gallengänge an und für sich keine *Cholecyst. suppur.* hervorrufen kann, ebenso entsteht auch unter normalen Bedingungen keine eitrige Entzündung der Gallenblase durch bloßes Unterbinden der Gänge. Hingegen ist es leicht, eine experimentelle eitrige Entzündung der Gallenblase durch Nebeneinanderwirken beider genannten Faktoren (Infektion und Störung des Gallenabflusses) zu erhalten. Es besteht eine gewisse Beziehung zwischen der vorhandenen Störung des Gallenabflusses und dem Entstehen der *Cholecyst. suppur.* Je größer die Gallenstauung ist, desto schneller tritt eitrige Gallenblasenentzündung auf. Nach Einführen von Seidenfäden oder Glaskügelchen in die infizierte Gallenblase, erhielt *Mignot* nie eine eitrige Entzündung, hingegen war das Resultat ein positives, wenn er grössere Fremdkörper in die Gallenblase einführte.

Es bleibt uns noch eine, gerade in Hinsicht auf die Aetiologie der Entzündungsvorgänge bei Cholelithiasis wichtige Frage zu entscheiden, ob zum Entstehen einer Cholecyst. suppur. die Infektion immer von außen stattfinden muß. Bei den Versuchen *Mignots* entstand nach Unterbindung des Blasenganges einige Monate nach Einnähen eines mit Bakterienkulturen getränkten Fadens in denselben sofort eitrige Entzündung. *Ehret* und *Stolz* injizierten einem Hunde in die Ohrvene durch drei Tage hindurch täglich 1 cm³ einer gemischten Kultur (*Streptococc.* und *B. coli*). Zwölf Stunden nach der letzten Injektion führten sie eine Laparotomie aus und führten in die Gallenblase ein Drahtgeflecht ein. Am darauffolgenden Tage ging der Hund infolge einer Lungenentzündung ein und in der Gallenblase wurde Cholecyst. suppur. nachgewiesen. Dieselben Resultate erhielt *Cushing* mit Typhusbazillen. *Gilbert* und *Girode* beschrieben Fälle, in denen 3¹/₂—5 Monate nach überstandem Typhus ein chirurgischer Eingriff aus Anlaß einer Cholecyst. acuta notwendig war, und bei der Operation wurden in der Gallenblase Gallensteine, sowie Reinkulturen von Typhusbazillen gefunden. *Writer* operierte aus Anlaß einer Cholecyst. calcul. suppur., hervorgerufen durch Typhusbazillen, einen Kranken, der vor 20 Jahren Typhus überstanden hatte.

Obige Versuche und klinische Belege beweisen, daß in einigen Fällen die in der Gallenblase schon vorhandenen krankheits-erregenden Mikroorganismen unter günstigen Umständen eitrige Entzündung erzeugen können. Es ist dies eine Selbstinfektion (autoinfectio) der Gallengänge. Wir kennen nicht genau die Faktoren, welche die krankheitserregende Fähigkeit der Bakterien erhöhen. Das ist ein sehr verwickelter biologischer Prozeß, für den uns die Bakteriologie bisher keine genügende Erklärung gegeben. Eines jedoch ist, wie es scheint, unzweifelhaft, daß der vollständige Verschuß der Gallenwege infolge Einklumpung eines Steines oder infolge eines Druckes von außen in hohem Grade die Virulenz der in der Gallenblase enthaltenen krankheitserregenden Mikroorganismen erhöht. Infolge Verschlusses der Gallenwege entsteht die sogenannte *cavité close* (*Dieulafoy*), in deren abgegrenztem Raume wiederum die Virulenz des Infektionskeimes wächst. Dieser Umstand erklärt uns die scheinbar unverständliche Tatsache, daß dieselben Mikroorganismen, welche monate-, ja sogar jahrelang ruhig in der Gallenblase verweilten, höchstens zur Konkrementbildung

Anlaß gaben, auf einmal infolge plötzlichen Verschlusses der Gallenwege heftige Infektion und stürmische Symptome hervorrufen. Warum unter diesen Bedingungen in einem Falle die Symptome leicht sind und in anderen drohend, bald seröse Entzündung entsteht und bald eitrig oder sogar septische, diese Frage ist schwer definitiv zu beantworten. Vielleicht hängt das vom Grade des Verschlusses der Gallengänge ab (vollständig oder unvollständig) oder von der Menge der Bakterien, welche in der Gallenblase zur Zeit des Entstehens des Verschlusses vorhanden sind, oder von einer Mischinfektion. (Nach *N a u n y n* gehen Cholecystitis und Cholangitis colibacterica selten in eitrig Entzündung über, außer wenn Streptokokken hinzutreten), oder endlich von anderen Faktoren, deren Natur wir nicht näher kennen.

Unter allen Umständen müssen die krankheitserregenden Mikroorganismen als Erreger sämtlicher Entzündungszustände in den Gallenwegen angesehen werden. Verschieden ist die Ansicht *R i e d e l s* über die Aetiologie der Entzündungsvorgänge in der Gallenblase und den Gallengängen. Die unmittelbare Ursache obiger Entzündungsvorgänge sind seiner Ansicht nach nicht Bakterien, da dieselben im serösen Exsudate fehlen, sondern die sogenannte Perialienitis. Von der Anwesenheit von Mikroorganismen hänge nur die Art der Entzündung ab. Wenn der Stein zur Zeit des Ausbruches der Entzündung aseptisch war, so entstehe Perialienitis serosa, wenn er hingegen infiziert war, so entstehe serös-eitriges oder rein eitriges Exsudat. Die Theorie *R i e d e l s* von der Perialienitis aseptischen Ursprungs fand keine Anhänger. Entgegen seiner Ansicht, betrachtet man den Entzündungszustand bei Cholelithiasis allgemein als infektiös vom ersten Moment seines Entstehens an. *N a u n y n* fand bei frischer Cholecystitis in der Mehrzahl der Fälle krankheitserregende Mikroorganismen (*B. coli* etc.), deren Abwesenheit in einigen Fällen man dadurch erklären kann, daß die Bakterien nach Hervorrufen der Entzündung von selbst zugrunde gingen.

Die Resultate obiger experimenteller Arbeiten erklären uns das verhältnismäßig häufige Auftreten von Entzündungsvorgängen in der Gallenblase bei Cholelithiasis, eine vom klinischen Gesichtspunkt äußerst wichtige Tatsache. Sie haben uns überzeugt, daß die Pathogenese der Steinkrankheit und die der Entzündungsvorgänge in den Gallenwegen fast identisch sind. Dort und da kommen dieselben zwei Faktoren in Betracht, d. i. Infektion und

Behinderung der mechanischen Funktion der Gallenblase. Der Unterschied besteht nur in dem Grade der Infektion, d. h. in dem Grade der Virulenz der Mikroorganismen, sowie in dem Schwächerwerden der Gallenströmung. Die aufeinander folgende Entwicklung dieser Angelegenheiten stellt sich folgendermaßen dar: Einige Arten von Bakterien mit geringer Virulenz erregen, nachdem sie entweder direkt aus dem Verdauungskanal in die Gallenblase eingedrungen sind, dank einer geschwächten Gallenströmung, oder auf dem Wege des Blutkreislaufs, einen Katarrh der Gallenblase mit nachfolgender Bildung von Gallenkonkrementen. Nach Vollendung ihrer destruktiven Tätigkeit verschwinden in einigen ziemlich seltenen Fällen die Bakterien aus der Gallenblase, so daß die Galle in derselben vollkommen aseptisch wird oder nur vereinzelt Bakterien enthält, hingegen in anderen Fällen bleiben die Bakterien weiter in der Gallenblase und finden guten Nährboden für ihre weitere Entwicklung. Ihre Virulenz steigert sich so lange nicht, so lange keine begünstigenden Umstände eintreten. Wenn nämlich der Stein sich im Blasenhalse oder Blasengänge festsetzt oder ein anderes Hindernis für den Gallenabfluß entsteht, so steigert sich die Virulenz der Mikroorganismen und, abhängig von der Intensität der Virulenz und vielleicht auch von der Anzahl der Bakterien, entstehen verschiedene Entzündungszustände in den Gallenwegen, angefangen von serösem Exsudate bis zur eitrigen oder septischen Entzündung.

III.

Das Wesen der Gallenkolik. Riedels Theorie. Die Kolik als Folge von Gallenblasenentzündung. Der „erfolgreiche“ und „erfolglose“ Anfall. Lithogener Icterus und entzündlicher Icterus. Die Einseitigkeit der Riedel'schen Theorie.

Wenn auch die Riedel'sche Theorie von der Entstehung der Entzündungsvorgänge in den Gallenwegen ohne Mitwirkung von krankheitserregenden Mikroorganismen keinen allgemeinen Anklang gefunden hat, so schreiben ihm doch alle das große Verdienst zu, die Bedeutung des entzündlichen Exsudats in der Gallenblase für das Zustandekommen der Kolik richtig beurteilt zu haben. Nach Riedels Ansicht ist die Gallenkolik, insofern sie nicht durch Verwachsungen infolge begrenzter Reizung des Peritoneums herbeigeführt wird, immer von einer Entzündung der Gallenblase abhängig. Wo Schmerz ist, dort ist Entzündung. Riedel verwirft die ehemalige Anschauung, nach der die Entfernung des

Steines aus der Gallenblase in den Zwölffingerdarm ausschließlich durch Kontraktion der Wände der Gallenblase und Gallengänge zustande kommt und das Wesen der Kolik auf einer spastischen schmerzhaften Muskelkontraktion beruhen soll, welche infolge Reizung der Schleimhaut durch den eingekeilten Stein entsteht.

Die Muskelschichte der Gallenblase ist so schwach entwickelt, daß infolge von Kontraktion der Gallenblasenmuskeln höchstens nur ganz kleine Steinchen in die Gallengänge, respektive ins Duodenum ausgestoßen werden können. Ferner treten die Schmerzaufälle auch bei Anwesenheit der Steine in der Gallenblase bei Verwachsung des Ductus cysticus auf, wo also von einer Wanderung oder Einklemmung der Steine keine Rede sein kann. Außerdem finden wir häufig während einer Operation im Blasen gange einen Stein, welcher sich ruhig verhält und dem Kranken keine Schmerzen verursacht. Als Hauptimpuls für das Fortschieben der Steine müssen wir das entzündliche Exsudat in der Gallenblase ansehen, und die Leberkolik, insoferne sie von Verwachsungen unabhängig ist, ist immer die Folge einer Gallenblasenentzündung. Die Wände der Gallenblase dehnen sich infolge der sich in ihr schnell ansammelnden Flüssigkeit nur bis zu einem gewissen Grade aus, wogegen der angesammelte Inhalt unter hohem Drucke sich befindet und den Stein in den Blasen gang treibt. Wenn die Steine klein sind, so genügt die Druckkraft zu ihrer Beförderung in den Darm, ein größerer Stein jedoch bleibt im Blasen gange stecken. Die Entzündung geht vorüber, das Lumen des Ganges erweitert sich und der Stein kann längere Zeit im Blasen gange sitzen, ohne irgend welche Beschwerden hervorzurufen. Erst eine neue Gallenblasenentzündung schiebt den Stein in den Ductus choledochus, und infolge Obturation des letzteren und Behinderung des Gallenabflusses entsteht Gelbsucht. Ein solcher Zustand kann nicht lange dauern. Das Lumen des Gallenganges erweitert sich so, daß die Galle bequem neben den Steinen vorbeifließen kann oder sich durch dieselben ihren Weg bahnt, und der Ikterus verringert sich oder verschwindet gänzlich. Es ist dies ein sehr wichtiges Moment, welches uns über die Fälle von eitriger oder septischer Entzündung (Cholangitis infect.), hervorgerufen durch einen im Ductus choledochus steckenden Stein, ohne Gelbsucht Aufschluß gibt. Die Steine bleiben im Gallengange so lange, bis ein frischer Anfall von Pericholecystitis im Gange selbst sie durch die Papille hindurchstößt. Die Steine gehen dann nach einigen Tagen mit dem Stuhl ab. Einen

solchen Anfall nun von Perialienitis, welcher den Uebertritt der Steine in das Duodenum zur Folge hat, nennt R i e d e l einen „erfolgreichen“. Hingegen wird bei großen Steinen, wo die Druckkraft nicht ausreicht, um dieselben in den Darm zu treiben, wie auch bei verwachsenem Blasengange der Anfall erfolglos sein. R i e d e l machte darauf aufmerksam, daß auch bei einem erfolglosen Anfall von Leberkolik Gelbsucht bestehen könne. Diese entsteht infolge von Verbreitung der Entzündung von der Gallenblase vermittels des Gallenblasenganges auf den Gallengang, respektive auf die Kanälchen innerhalb der Leber. Sogar bei verwachsenem Blasengang kann Gelbsucht auftreten infolge von Ausbreitung der Entzündung mit Hilfe des Narbengewebes auf die Leber. Einen solchen Ikterus nannte R i e d e l den entzündlichen Ikterus, im Gegensatz zu dem Ikterus, welcher durch Obturation des Gallenganges durch einen Stein entsteht (lithogener Ikterus). Der entzündliche Ikterus unterscheidet sich klinisch für gewöhnlich vom lithogenen Ikterus dadurch, daß er von geringer Intensität und vorübergehend ist; nichtsdestoweniger kann er auch manchmal heftig und langwierig werden, und zwar dann, wenn die Anfälle sich so häufig wiederholen, daß die freien Intervalle fast fehlen. In solchen Fällen kann uns nur ein sorgfältiges Suchen nach Steinen in den Entleerungen belehren, wessen Ursprungs der Ikterus war und ob der Anfall als erfolgreich oder erfolglos anzusehen ist.

Die Ansichten R i e d e l s entbehren nicht einer gewissen Einseitigkeit. Es unterliegt zwar keinem Zweifel, daß der Entzündungsvorgang in der Gallenblase und den Gallengängen in der Pathogenese der Gallenkolik eine Rolle spielt. Diese Ansicht teilen jetzt die bedeutendsten Kliniker. N a u n y n spricht geradezu seine Verwunderung aus, daß man so lange die wichtige Bedeutung der Cholecystitis und Cholangitis in der Steinkrankheit nicht zu würdigen wußte. Die Schmerzen bei der Leberkolik sind in den meisten Fällen in der Hauptsache von den Entzündungsvorgängen in den Gallengängen abhängig. Nicht jedem Anfalle jedoch muß Gallenblasenentzündung vorangehen. Ebenso ist auch nicht jede Kolik von einer Bauchfellaffektion abhängig, wie dies T r i p i e r und P a v i o t annehmen. Es gibt sogar Kolikanfälle mit Steinabgang ohne Cholecystitis und Pericholecystitis. Schon der günstige therapeutische Effekt selbst, welcher oft deutlich nach narkotischen Mitteln eintritt, beweist, unserer Ansicht nach, daß man die Theorie R i e d e l s, wie auch die Anschauungen T r i p i e r s und P a

v i o t s nicht auf alle Fälle beziehen kann, und daß die Leberkolik ebenfalls von der Kontraktion der Muskeln der Gallengänge abhängig sein kann. Sonst wäre es schwer verständlich, warum manchmal eine einmalige Morphiuminjektion augenblicklich den Kolik-anfall unterbricht und die Beschwerden für längere Zeit entfernt. Wenn wir als Analogie die Entzündung des Wurmfortsatzes herbeiziehen, so beseitigt doch eine Morphiuminjektion nicht völlig den Schmerz, welcher infolge der Entzündung entstanden ist: das narkotische Mittel betäubt höchstens für einige Stunden den Kranken. Auf dieser Grundlage kann man behaupten, daß der Schmerz bei der sogenannten Leberkolik von einem der beiden erwähnten Faktoren abhängen kann (Einklemmung und Entzündung) oder von beiden zusammen. Indem wir die Entzündung in der Blase als sekundären Zustand, als Folge von Steineinklemmung im Gallengange ansehen, so unterscheiden wir zwei Arten der Leberkolik. Wenn die Obturation des Gallenganges sehr kurz anhält oder wenn im Moment, wo der Verschuß eintritt, die Gallenblase keine krankheitserregenden Mikroorganismen enthält, so tritt keine Entzündung der Gallenblase ein und der Schmerz ist nur durch Muskelkontraktion bewirkt. Ein solcher Anfall kann beendet werden durch Hineinstoßen des im Blasengange eingekleiteten Steins wieder in die Gallenblase oder in den gemeinsamen Gallengang. Die zweite Art zeichnet sich dadurch aus, daß infolge länger dauernden Verschlusses des Blasenganges unter Einfluß der in der Blase vorhandenen Bakterien eine seröse oder eitrige Flüssigkeit sich bildet, und zum Schmerz, hervorgerufen durch Muskelkontraktion, gesellt sich der Schmerz infolge von Entzündung; die Haupttriebkraft nun zum Fortschieben der Steine in die Gallengänge, respektive ins Duodenum, wird der verstärkte intravesikuläre Druck sein. Ferner ist es klinisch schwer, den „erfolgreichen“ Anfall vom „erfolglosen“ zu unterscheiden. Die Anwesenheit von Steinen in den Entleerungen schließt die Möglichkeit nicht aus, daß noch andere Steine weiter in der Gallenblase verblieben, andererseits kann man einen Anfall nicht „erfolglos“ nennen, wenn das Suchen nach Steinen in den Exkrementen nach vollendetem Anfalle negative Resultate ergibt, weil nämlich die in das Duodenum entleerten Steine manchmal erst nach einigen Wochen mit dem Stuhl ausgeschieden oder im Verdauungstrakt gelöst werden (N a u n y n s Versuch).

Was den Ikterus entzündlichen Ursprungs anbelangt, so teilt

Naunyn gänzlich die Ansicht Riedels. Die Gelbsucht bei Leberkolik hängt seiner Ansicht nach, insoferne sie nicht „echt“ ist, von der Entzündung ab, welche sich auf die kleinsten Abzweigungen des Gallenganges ausbreitet (Cholangitis capillaris). Viel radikaler ist die Anschauung, welche Ehret und Stolz in dieser Angelegenheit kundgeben. Dieselben behaupten, daß Gelbsucht bei Cholelithiasis nur ausnahmsweise infolge bloßer Obturation des Gallenganges entsteht. Sie unterscheiden zwei Formen der Gelbsucht: den rein mechanischen Stauungsikterus und den entzündlichen Stauungsikterus. Die letztere Form werde viel häufiger angetroffen als die erstere. Ihre Behauptung stützen die genannten Autoren auf folgende Tatsachen: 1. Versuche an Hunden beweisen, daß Fremdkörper, welche in den gemeinsamen Gallengang eingeführt werden, nicht imstande sind, an und für sich dauernden Ikterus hervorzurufen, infolge der Fähigkeit der Wände, sich den veränderten Bedingungen anzupassen, hingegen führt schon ein leichter Druck von außen dauernde Gelbsucht herbei. 2. Ikterus kommt vor bei vollkommener Durchgängigkeit des gemeinsamen Gallenganges, welche während einer Operation oder an einer Leiche konstatiert wurde. 3. Andererseits fehlt oft Ikterus bei großen, in den Gallengang eingekeilten Steinen. 4. Das häufige Fehlen einer Vergrößerung der Gallenblase, ein wichtiges Symptom zur Differentialdiagnose des Ikterus infolge von Steinen vom Stauungsikterus infolge von Kompression des Choledochus von außen (z. B. durch Carcinom), ein Symptom, auf das zuerst Courvoisier die Aufmerksamkeit lenkte, wäre unverständlich, wenn die Gelbsucht bei Cholelithiasis nur vom mechanischen Verschuß des gemeinsamen Gallenganges abhängig wäre. 5. In zahlreichen Fällen finden wir oberhalb des eingeklemmten Steines gar keine Galle, sondern Eiter, sogar in den kleinsten Verzweigungen der Gallenwege.

In Anbetracht obiger experimenteller und klinischer Tatsachen muß angenommen werden, daß bei Cholelithiasis nicht nur der Verschuß des gemeinsamen Gallenganges, sondern auch Entzündung und Infektion der Gallenwege stabilen Ikterus hervorrufen kann. Sogar ein Stein von größerer Dimension, welcher von der Gallenblase oder dem Blasengange in den gemeinsamen Gallengang geschoben wird, ruft infolge Obturation des letzteren nur kurz anhaltenden Ikterus hervor, indem das Lumen des Gallenganges sich so erweitert, daß die Galle ungehindert neben dem in

den Falten des Ganges steckenden Stein vorüberfließt. Nur ausnahmsweise, und zwar da, wo die infolge überstandener Entzündungen stark veränderten Wände des gemeinsamen Gallenganges die Fähigkeit, sich auszudehnen, verloren haben, kann ein lang andauernder Ikterus die Folge des bloßen Verschlusses des gemeinsamen Gallenganglumens durch einen eingekleiteten Stein sein. Tatsächlich besteht nicht immer Ikterus bei Angiocholitis, welche durch einen im Gallengang eingeklemmten Stein entsteht, aber das Fehlen des Ikterus in diesen Fällen hängt entweder von der schwachen Intensität der Entzündung ab oder davon, daß diese sich nicht auf die kleinsten Verzweigungen der Gallenwege ausgebreitet hat. Die Theorie von der Abhängigkeit des Ikterus bei Cholelithiasis von Entzündung, resp. Infektion der Gallenwege, erklären uns einige bisher unverständliche klinische Tatsachen. Das Fehlen einer Vergrößerung der Gallenblase bei Ikterus infolge Cholelithiasis, Miltschwellung, das weitere Andauern oder allmähliche Verschwinden des Ikterus nach operativer Entfernung aller Steine, das alles sind Tatsachen, die erst durch die oben erwähnte Theorie erklärt werden können.

R i e d e l und nach ihm E h r e t und S t o l z nehmen auch die Möglichkeit eines Ikterus entzündlichen Ursprungs bei Steinen an, welche in der Gallenblase oder im Blasengange sich befinden. Diese Frage kann man unserer Ansicht nach als nicht entschieden ansehen. Wir gestatten uns darauf aufmerksam zu machen, daß die Ansicht E h r e t s und S t o l z' in gewisser Beziehung in Widerspruch steht mit den vorherigen Beobachtungen derselben Autoren bei der experimentell erzeugten Cholecyst. suppur. Es zeigte sich, daß der Eiterungsvorgang von der Gallenblase nicht auf den Gallengang übergeht und die Entzündung kaum auf ein Sechstel bis ein Achtel des Blasenganges sich ausbreitet und sich vom übrigen Teil durch eine deutliche Demarkationslinie abgrenzt. In dem gesunden, von der Entzündung nicht betroffenen Teile der Gallengänge finden wir in normaler Galle Eiterpartikelehen, welche augenscheinlich aus der Gallenblase stammen, indem sie dieselbe Farbe und Konsistenz besitzen und dieselben Infektionserreger erhalten, welche wir in der Gallenblase finden. Ob es wohl erlaubt ist, in Gegenwart solcher Tatsachen anzunehmen, daß der sogenannte entzündliche Ikterus bei Steinen in der Gallenblase in jedem einzelnen Falle von Steinpartikeln abhängig ist, welche, durch den Gallenstrom weitergetragen, in den gemeinsamen Gallengang ge-

langen und momentanen Verschuß bewirken oder bei verwachsenem Blasengange von anderen, näher nicht bestimmten Umständen? Gegen diese Ansicht sprechen nicht die Fälle, in denen nach vollzogener Cholecystotomie oder Cysticotomie und nach Entfernung der Steine aus Gallenblase und Gallengang, trotz durch Sondieren konstaterter vollständiger Durchgängigkeit des gemeinsamen Gallenganges, die Galle noch durch eine Woche oder länger nicht in das Duodenum sich ergießt oder sogar nach außen nicht durch eine angelegte Fistel. Die Sonde des Chirurgen ist nicht immer imstande, einen in den Falten der Schleimhaut des Ductus choledochus verborgenen Stein zu entdecken. Deshalb auch sind nach Cholecystotomie, trotzdem daß Galle reichlich durch die Fistel abfließt, häufig die Stühle noch durch längere Zeit farblos. Wiederum in anderen, viel selteneren Fällen, in denen Galle nach Operation sogar durch die Fistel sich nicht ausscheidet, kann man Steinobturation des Ductus hepaticus annehmen. (Im Falle, welcher von E h r e t und S t o l z erwähnt wurde, war erst am zehnten Tage nach der Cholecystotomie der Verband zum erstenmal mit Galle durchtränkt.) Das Fehlen von Steinen in den Stühlen beweist nichts, da kleine Konkremente, wie wir schon oben erwähnten, der Beachtung des Kranken entgehen oder im Darn gelöst werden können. Der Ikterus hat, unserer Ansicht nach, seine diagnostische Bedeutung für die Lokalisation der Steine in den Gallenwegen nicht verloren. Steine in der Gallenblase oder im Blasengange rufen keinen entzündlichen Ikterus hervor, da der infolge Durchgängigkeit des Gallenganges freie Gallenabfluß die Ausbreitung der Entzündung auf die kleinen Gallenkanälchen verhindert; hingegen ruft ein Stein, welcher im gemeinsamen Gallengange oder im Lebergange steckt, bald vorübergehenden Ikterus hervor, bald lang andauernden, den letzteren dann, wenn zum Verschlusse sich Cholangitis capillaris zugesellt oder wenn tiefergehende Veränderungen in den Wänden der Gallengänge vorhanden sind. (Fortsetzung folgt.)

Die Frage der Fleischkost bei Nierenerkrankungen.

Von **Dr. Th. Robert Offer.**

(Schluß.)

Unterwirft man helles und dunkles Fleisch dem gleichen Bratprozesse, indem gleiche Mengen mit Fett die gleiche Zeit auf offenem Feuer gebraten werden, müßte der Gehalt an Extraktiv-

stoffen in dem Fleische nach Abgießen des Bratsaftes ein verschiedener sein, wenn die von Senator und von Minkowski angenommene Fähigkeit der hellen Fleischsorten, ihre Extraktivstoffe leichter abzugeben, zu Recht besteht.

Dies war der leitende Gedanke, welcher meinen neuen Untersuchungen zugrunde lag.

Kalbfleisch einerseits, Rindfleisch andererseits wurde von dem anhaftenden Fett und dem sichtbaren Bindegewebe befreit. Das Fleisch wurde dann durch eine Fleischmaschine geschickt, sorgfältig gemengt und nochmals durch die Maschine gehen gelassen. Auf diese Weise erhielt ich einen gleichmäßigen Fleischbrei.

Davon wurde jedesmal eine Portion im rohen Zustand in der früheren Art auf seinen Gehalt an Gesamtstickstoff und Extraktivstickstoff untersucht. Die angeführten Werte sind die aus mehreren gut stimmenden Analysen gewonnenen Mittelzahlen.

Eine gleiche Portion wurde mit 10 g Butter 5 Minuten lang in offener Pfanne gebraten. Nach dem Abgießen des Bratsaftes wurde in der gleichen Weise wie beim rohen Fleische der Gesamtstickstoff und der Extraktivstickstoff bestimmt.

Ebenso wurde bei einer dritten Portion verfahren, welche einem Bratprozeß von 10 Minuten unterworfen wurde.

		Gesamt N in %	Extraktiv N in %	Extraktiv N = % Gesamt N	Verlust an Extrakt N in %
roh	Rindfleisch	3·44	0·465	13·517	
	Kalbfleisch	3·15	0·502	15·936	
5 Mi- nuten	Rindfleisch	4·19	0·334	7·968	56·0
	Kalbfleisch	3·59	0·517	14·401	25·0
10 Mi- nuten	Rindfleisch	4·41	0·429	9·728	56·0
	Kalbfleisch	3·95	0·512	12·964	57·0

Die hier angeführten Zahlen sprechen das gerade Gegenteil dessen aus, was Senator und Minkowski mit so großer Emphase gegen die Richtigkeit unserer Schlußfolgerungen ins Treffen führen, daß nämlich das helle Fleisch seine Extraktivstoffe leichter abgibt als das dunkle.

Während nach fünf Minuten das Rindfleisch seine Extraktivstoffe bereits in größtem Ausmaße an den Bratsaft abgegeben hat,

sind beim Kalbfleisch noch weitaus nicht alle Extraktivstoffe, welche abgegeben werden können, aus dem Fleische ausgebraten.

Noch deutlicher tritt diese Differenz hervor, wenn man den nach den verschiedenen Zeiten resultierenden Bratverlust ins Auge faßt.

Beim Rindfleisch beträgt der Bratverlust nach 5 Minuten zirka 40%, beim Kalbfleisch nur 27%; dementsprechend sinkt der Gehalt an Extraktivstickstoff beim dunklen Fleische von 0·465% auf 0·202% herab, auf Rohfleisch berechnet, während beim hellen Fleische 0·502% Extraktivstickstoff nur auf 0·376%, ebenfalls auf Rohfleisch berechnet, absinkt. In dem einen Falle gingen durch den Bratprozeß 56% verloren, im zweiten Falle 25%.

Läßt man den Bratprozeß 10 Minuten dauern, gleichen sich diese Unterschiede erst aus. Der Bratverlust beim Rindfleisch betrug 52%, beim Kalbfleisch 54%. Es sinkt der Gehalt an Extraktivstickstoff, auf Rohfleisch berechnet, beim Rindfleisch von 0·465% auf 0·206%, beim Kalbfleisch von 0·502% auf 0·214%.

Mit diesen Untersuchungsergebnissen glaube ich den Einwurf, der gegen die Schlußfolgerungen aus unseren früheren Untersuchungsreihen erhoben wurde, als vollständig falsch erklären zu können.

Hatten Rosenquist und ich auf Grund unserer Untersuchungen des rohen Fleisches die bisher geübte Unterscheidung zwischen hellem und dunklem Fleisch als unbegründet erklärt, muß ich neuerdings gegen die dem Kranken mehr Nachteile als Vorteile bietenden Weißfleischkuren bei Nierenerkrankungen umso energischer auftreten, weil die Voraussetzung, unter welcher diese Kuren favorisiert werden, ganz falsch ist. Wollte ich mich auf den Standpunkt Senators oder Minkowskis stellen, müßte ich sogar für die Streichung des weißen Fleisches vom Speisezettel der Nephritiker (und Uratiker) eintreten, weil nach meinen Untersuchungen das weiße Fleisch seine Extraktivstoffe viel später abgibt als das dunkle Fleisch. Ich will jedoch nicht in den Fehler der anderen verfallen, auf Grund einiger Versuche gleich ein Schema aufzustellen, sondern es genügt mir, exakt bewiesen zu haben, daß die Ansicht jener, welche für eine prinzipielle Unterscheidung zwischen hellem und dunklem Fleisch eingetreten sind, eine irrige ist, so sehr sich dieselben auch auf den Erfahrungsstandpunkt stellen.

REFERATE.

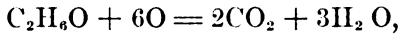
Interne Medizin.

Der Alkohol bei der Behandlung fieberhafter Krankheiten, besonders der Pneumonie. Von Dr. Arnold Holitscher.

Drei Indikationen sind für die Anwendung des Alkohols bei Fiebernden aufgestellt worden, und zwar erstens die Herabsetzung der Temperatur des Körpers, zweitens seine ernährende, bzw. eiweißsparende Kraft und endlich drittens seine stimulierende oder tonisierende Wirkung auf das Herz.

Die antifebrile Wirkung ist seit Bin z, der sie durch einwandfreie Untersuchungen feststellte, oft genug nachuntersucht worden und wird wohl auch von keiner Seite mehr bestritten. Allein sie ist viel zu geringfügig, um von praktischem Werte sein zu können. Diese Seite seiner Wirkung kommt überhaupt nur mehr so weit in Betracht, als es dem Arzte bei Darreichung des Alkohols zu anderem Zwecke, also z. B. als Stimulans, von Werte sein wird, daß derselbe nicht, wie man früher meinte, die Temperatur erhöhe, sondern dieselbe vielmehr sogar erniedrigt.

Anders liegt die Sache bezüglich der zweiten Indikation. Seit durch zahlreiche exakte Untersuchungen nachgewiesen worden ist, daß der Alkohol zu 90% im Körper verbrannt werde, wurde er als hochwertiges respiratorisches Nährmittel empfohlen, und unter Umständen kann durch Alkoholfuhr Körperfett oder Körpereweiß vor der Oxydation geschützt werden. Allein durch einwandfreie zahlreiche Arbeiten wurde erwiesen, daß zwar bei Stickstoffgleichgewicht neben Fett zu einem sehr geringen Prozentsatze Eiweiß gespart werden kann, daß jedoch bei Stickstoffdefizit, und mit einem solchen haben wir es ja bei Fiebernden stets zu tun, dasselbe durch Alkohol nicht vermindert, ja sogar oft genug noch vergrößert wird. Es vernagt daher der Alkohol die Stelle des Fettes oder anderer Kohlehydrate bei der Ernährung Fiebernder nicht zu vertreten. Ferner fand Wolffert, daß Kaninchen bei Zufuhr mittlerer Dosen Alkohol dem Sauerstoffgasometer mehr O entnahmen als bei isodynamen Mengen anderer Kohlehydrate, daß aber überdies der respiratorische Quotient, d. i. das Verhältnis der ausgeschiedenen CO₂ zum aufgenommenen O, zu groß war. Dieser soll nämlich für Alkohol genau zwei Drittel betragen, denn:



er stieg aber bis zur Einheit und darüber. Da die Kaninchen, von der Alkoholzufuhr abgesehen, hungerten, so konnte der zur Verbrennung mehr konsumierte O nur dem Körper, dem lebenden Gewebe, entnommen worden sein. Und hierin liegt gewiß eine große Gefahr bei Fiebernden. Bei diesen ist der Stoffwechsel ein stürmischer, der Sauerstoffbedarf daher sehr gesteigert; die nicht selten selbst erkrankten Atmungsorgane vermögen ohnedies diesen Sauerstoffhunger nicht zu befriedigen; es ist also zu befürchten, daß bei Aufnahme größerer Mengen Alkohol dieser den zu seiner Verbrennung notwendigen O in der Atmungsluft nicht vorfindet und ihn der lebenden Zelle, dem Protoplasma, entnimmt, welches ihn zu seiner Lebensenergie bedarf. Dazu kommt, daß Alkohol ein Protoplasmagift ist, die Lebensenergie der Zellen schwächt und sogar lähmt, umsomehr, je höher organisiert die Zelle ist. Es ist aber klar, daß es keinen ungeeigneteren Stoff zur Ernährung von Infektionskranken geben kann als ein Gift, welches die Lebensfähigkeit, die Energie der Körperzellen herabsetzt, da diese ja während dieser Krankheiten der schwierigsten Aufgabe sich gegenüber befinden, welche ihnen überhaupt gestellt werden kann, nämlich dem Kampfe mit den eingedrungenen Organismen, der Erzeugung der Antitoxine, welche den Gegner vernichten sollen, wozu sie ihrer gesamten Spannkraft bedürfen.

Thomas hat bei Kaninchen durch Alkohol die Prädisposition für die Cholera um das Sechsfache gesteigert, und zwar wies er nach, daß es nicht vielleicht, wie man annehmen könnte, der durch den Alkohol hervorgerufene Magen-Darmkatarrh ist, welcher so deletär wirkt, sondern bloß die Einwirkung auf das Blutserum.

Ein Herzstimulans ist Alkohol ohne Zweifel; als Herztonikum, d. h. als ein Mittel, welches die Spannkraft des Herzens, wie Digitalis und Strophanthus, durch längere Zeit aufrecht zu erhalten oder zu heben vermöchte, gilt er keinesfalls. Er wirkt als Excitans wie Kampfer, Aether, Koffein, doch folgt der durch Alkohol gesetzten Erregung bald die Erschlaffung. Der Alkohol ist daher nur im Momente gegebener Gefahr, im Collaps, zu verwenden und ist vor wiederholten Gaben eindringlich zu warnen.

H. ist nicht so fanatisch, in jedem Gramm Alkohol ein tödliches Gift zu erblicken und will gegen die gelegentliche Anwendung minimaler unschädlicher Dosen nichts einwenden. Es mag einmal am Platze sein, dem Kranken die Milch, gegen welche er un-

überwindlichen Widerwillen hat, durch Zusatz eines Kaffeelöffelchens Kognak wohlgeschmeckender zu machen; wir werden ihm vielleicht etwas Chaudeau leichter beibringen als die entsprechende Menge Eigelb und Zucker ohne Wein, und bei sehr deprimierter, pessimistischer Gemütsstimmung wird unter Umständen ein Gläschen guter Rheinwein trostreicher wirken als unsere bestgemeinten Worte. Allein damit und mit der bereits besprochenen Indikation des Kollapses während der Krise ist der Wirkungskreis des Alkohols vollends begrenzt, und seine Anwendung, so weit sie darüber hinausgeht, ist unberechtigt, handelt es sich aber um größere oder große Dosen, direkt schädlich. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 31—33, 1903.)

Ueber die sogenannten nervösen Herzkrankheiten. Von Prof. J. G. Edgren in Stockholm.

Die Behandlung der nervösen Herzkrankheiten stimmt wesentlich überein mit der Behandlung der Neurosen, Neurasthenie und Hysterie.

Vor allem ist es notwendig, daß Patienten, welche über Herzsymptome klagen, einer vollständigen und genaueren Untersuchung unterzogen werden, selbst wenn der Arzt bald sich darüber klar wurde, daß eine organische Erkrankung nicht vorliegt. Es ist dies notwendig für den Patienten, denn nur auf diese Weise erlangt er volles Vertrauen zum Arzt und wird davon überzeugt, daß sein Leiden die richtige Beachtung findet. Es ist dies wichtig für den Arzt, denn in manchem Fall ist die Diagnose recht schwer, und man soll nach der ersten Untersuchung selten einen bestimmten Ausspruch tun, vielmehr fortgesetzt beobachten, bevor man sich zu einem solchen entschließt. Ist man jedoch nach allseitiger und genauer Untersuchung zur sicheren Ueberzeugung gekommen, daß ein nervöses Herzleiden vorliegt, dann soll man dies auch dem Patienten in ganz bestimmten, konzis gefaßten Sätzen sagen, denn ein solcher sicherer Ausspruch des Arztes ist oft die beste Therapie für den Patienten, da er schnell eine große Anzahl beschwerlicher Symptome beseitigt. Der suggestive Einfluß durch die positiven, bestimmten Aussprüche des Arztes ist oft von der größten Bedeutung.

Jeder Arzt soll sich dessen voll bewußt werden, da eine unvorsichtige Aeußerung schwere Herzsymptome hervorrufen kann, die sich bis zur psychischen Depression steigern können, während andererseits solche Symptome durch einen bestimmten, begründeten

Spruch beseitigt oder zumindest gelindert werden können. Doch auch das Handeln des Arztes sei mit seinen Worten übereinstimmend; dem Patienten sagen, er sei nicht herzleidend und ihm doch Digitalis verschreiben, verschafft heute, wo die Allgemeinheit, zumindest die gebildete, ganz gut weiß, daß die Digitalis ein Mittel bei ernstern Herzleiden darstellt, kein unbedingtes Vertrauen.

Doch mit dem Ausspruche, es liege ein nervöses Herzleiden vor, ist die Behandlung nicht abgeschlossen. Die Aufgabe des Arztes ist eben in solchen Fällen sehr schwierig und erfordert eine genaue Beachtung der Lebensweise. Finden sich hygienische oder diätetische Mißverhältnisse, dann müssen dieselben behoben werden, wobei in gewissen Fällen ganz entgegengesetzte Vorschriften notwendig sind. Der Stillsitzende soll passende Körperbewegungen machen, der fanatische Sportsmann dieselben einschränken. Ein Teil der Patienten ist unterernährt, teils aus Not, teils auf Grund einer unrichtigen Zusammensetzung der Nahrung, der Unregelmäßigkeit der Aufnahme derselben, andere Patienten dagegen haben des Guten eben zu viel geleistet. Ist der Arzt in der Lage, diese Umstände zu ändern, muß er für den einen eine mehr nahrhafte Diät verordnen, dem anderen dieselbe einschränken und vor allem dem Alkoholmißbrauch steuern, welcher oft durch Schlemmereien hervorgerufen wird, und er kann manchmal die glänzendsten Resultate erzielen. E. möchte aber bestimmt vor heftigen Abmagerungskuren warnen, weil sie die nervösen Symptome in einer beunruhigenden Weise steigern. Selbstredend muß der Tabak-, Tee- und Kaffeemißbrauch behoben werden. Von großer Bedeutung ist für die Linderung der Herzsymptome auch die Behandlung der gleichzeitig sich vorfindenden Symptomkomplexe seitens anderer Organe, Magen- und Darmleiden, Genitalkrankheiten, Anämie, Chlorose etc.

Die rein medizinische Behandlung ist von untergeordneter Bedeutung. Gewiß können mitunter Bromsalze und andere Nervina eine gute Wirkung ausüben, doch diese ist gewöhnlich bald vorübergehend. Von größerem Gewichte sind Brunnen- und Badekuren, Gymnastik, Massage und vielleicht auch Elektrizität. Sie besitzen gewiß einen hohen Wert, wenn sie richtig angewendet werden. Und diese richtige Anwendung beruht zumeist auf dem Arzte, welcher nebst gründlichen medizinischen Kenntnissen, reicher Erfahrung, auch große Menschenkenntnis besitzen muß, um die Individualität des Patienten richtig zu beurteilen, denn auf keinem an-

deren Gebiete ist die individuelle Behandlung von so großer Bedeutung, wie auf dem Gebiete der nervösen oder funktionellen Erkrankungen. — (Wien. med. Presse Nr. 31, 1903.)

Ueber Diagnose und Therapie der Migräne. Von Dr. J. P. Karplus.

Die Therapie der Migräne ist ähnlich wie die bei genuiner Epilepsie. Die Berichte über Heilungen nach Augenbehandlung etc. scheinen auf Verwechslung der Migräne mit anderen Kopfschmerzen zu beruhen. Es wurde der Stoffwechsel durch Reduktion oder Aenderung der Nahrung, z. B. durch vegetabilisches Regime, beeinflusst. Solche allgemeine Maßnahmen können dem Kranken nützen, wenn sie seine Gesundheit heben, so daß er die Anfälle besser verträgt, diese können auch unter solchen Umständen an Intensität und Frequenz abnehmen, namentlich wenn eine neuropathische Anlage mit im Spiele ist. Jedem schwereren Migränekranken ist der Alkohol zu entziehen. Weiter wird man etwa vorhandenen Gelegenheitsursachen, welche die Anfälle hervorrufen, nachforschen und dieselben zu beseitigen trachten, so z. B. den Aufenthalt in verdorbener Luft, Blendung durch zu grelles Licht, Ueberreizung des Nervensystems (Theaterbesuch, Musik).

Eine direkte Beeinflussung der Migränekrankheit, also ein Verhüten der Anfälle, gelingt manchmal durch eine Bromkur (Bromkali, Bromnatrium oder Erlenmeyer'sche Mischung), wobei man 3 g Bromsalz pro die, in Wasser oder Zuckerwasser gelöst, einnehmen läßt, dann steigt man allmählich auf 5—6 g. Wenn die Anfälle ausgeblieben sind, geht man allmählich wieder auf 3 g herunter und bleibt bei dieser Dosis durch längere Zeit, einige Monate lang. In einzelnen Fällen sind unter dem Einflusse dieser Therapie die Anfälle für immer ausgeblieben. Wenn der Kranke das Brom nicht verträgt, muß man sich auf die Behandlung der einzelnen Anfälle beschränken. Treten diese zu bestimmten Zeiten auf, z. B. zu der Zeit der Menses, so gibt man 2—3 Tage früher 2—3 g Brom und wiederholt dies durch mehrere Tage. Weiter geben die besten Chancen die Anfälle, vor welchen Vorahnungen, z. B. am Abend vor dem Auftreten des Kopfschmerzes, sich einstellen; auch hier gibt man sogleich 2—3 g Brom. Weiter empfehlenswerte und ebenfalls möglichst frühzeitig zu verabreichende Mittel gegen Migräne sind: Antipyrin, Phenacetin, Pyramidon (3 dg), Migränin, Pyramidon mit Coffeinum citricum. Kokain ist nicht empfehlenswert, Gefäßmittel sind während des Anfalls kon-

traintiziert, weil wir über den Zustand der Blutgefäße im Gehirn keine Kenntnis haben. Eventuell könnte man den Einfluß der Gefäßmittel in den anfallsfreien Zeiten versuchen (0·2—0·4 mg Nitroglyzerin täglich, Diuretin 3·0 pro die), müßte diesen Versuch aber beim Auftreten des Anfalles unterbrechen. **Quincke** hat angegeben, daß bei schwerer Migräne der Druck der Zerebrospinalflüssigkeit erhöht sein kann und hat denselben durch die Spinalpunktion herabgesetzt und in einigen Fällen auf diese Weise Besserung erzielt. Vor einem solchen Eingriffe wäre jedoch vorläufig abzusehen. Eher könnte die Anwendung von Morphium in Frage kommen; besonders wenn die Anfälle schwer, aber nicht häufig sind und andere Mittel nicht wirken, wäre eine Morphininjektion nicht bloß erlaubt, sondern auch indiziert. Manche Kranke legen sich bei dem Anfall in ein verfinstertes Zimmer und bekämpfen denselben durch Hausmittel, z. B. durch heiße Fußbäder. Bei Kranken, deren Anfälle durch kein Mittel behoben werden können, kann sich ein förmlicher Angstzustand ausbilden, indem sie fortwährend mit Bangen das Eintreten des nächsten Anfalles erwarten; bei solchen Kranken ist auch eine psychische Behandlung vonnöten. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 36, 1903.)

Ueber die spezifische Behandlung des Morbus Basedowii.

Von Dr. Burghart und Dr. Blumenthal.

Im Jahre 1897 kam **Burghart** auf die Idee, das Blut eines an Myxödem leidenden Kranken zur Behandlung der M. Basedowii zu benützen, ausgehend von dem durch **Moebius** begründeten Gedanken, daß Myxödem und M. Basedowii gegensätzliche Krankheiten sind. Die Erfolge, welche durch Injektion eines Kochsalzauszuges aus dem Blute eines schwer Myxödemkranken bei einer schwer Basedowkranken erzielt wurden, waren namentlich in Bezug auf Körpergewichtszunahme, Zittern, Schweiß, Tachykardie evidente. Dies führte, da wegen der Seltenheit von Myxödemkranken solches Serum schwer erhältlich, zu Versuchen, das Serum entkropfter Hunde zu diesem Zwecke zu benützen, die ebenfalls sowohl bei subkutaner als oraler Einführung günstig ausfielen. Später hat **Lanz** die Milch entkropfter Ziegen in derselben Idee erfolgreich verwendet und **Moebius** hat dann ein „Antithyreoidserum“, welches von entkropften Hammeln stammt, in die Praxis eingeführt. Ebenso kommt ein aus der Milch entkropfter Ziegen hergestelltes Präparat „Rodagen“ in Verwendung. Das von **Merk** hergestellte

M o e b i u s'sche Serum verwendeten Vf. in zwei schweren Fällen. Im ersten wurde die ersten acht Tage täglich einmal, später durch drei Wochen jeden zweiten Tag 1 cm³ eingespritzt. Die Patientin besserte sich rasch, die vorher bestandene Schlaflosigkeit wich schon nach acht Tagen; die Struma verkleinerte sich, auch die Pulsfrequenz sank und das Gewicht nahm um 10 Pfund zu. Nach Unterbrechung der Behandlung verschlimmerte sich der Zustand und Patientin wurde dann mit „Rodagen“ 6·5 g pro die behandelt. Auch hier trat bald Besserung ein. In einem zweiten Falle wurde ebenfalls Besserung erzielt. Zehn weitere mit „Rodagen“ behandelte Fälle verliefen ebenfalls günstig. In jedem Falle wich die Schlaflosigkeit, die Körperschwäche, Abmagerung, Zittern und Schwitzen. In zwei Fällen ging auch der Exophthalmus vollständig zurück. Die Struma blieb zwar in einigen Fällen an Umfang unverändert, doch wurde sie stets weicher. — (Ther. d. Gegenw. Nr. 7, 1903.)

Ueber die heilende Wirkung des Strychnins bei der Polyurie und beim Diabetes insipidus. Von Dr. A. Feilchenfeld.

F. behandelte einen 60jährigen Herrn, der an Polyurie litt und sich durch übermäßige Dehnung seiner Blase eine vollständige Blasenlähmung zuzog. F. suchte nun durch Strychnininjektionen auf die Blasenlähmung einzuwirken. Dabei beobachtete er eine so evidente Beeinflussung der Urinausscheidung, daß die sekretionshemmende Wirkung des Strychnins kaum zu bezweifeln war. Infolge dessen versuchte er das Verfahren in einem Falle von Diabetes insipidus. Eine 52 Jahre alte Frau leidet seit $\frac{3}{4}$ Jahren etwa an Diabetes insipidus. Durch das Leiden ist sie vollständig erwerbsunfähig geworden. Sie hatte früher täglich 8 l Urin entleert, zuletzt seit mehreren Monaten konstant nur 4—5 l. Sie war in mehreren Polikliniken in Behandlung gewesen, ohne merklichen Erfolg. Besonders lästig war ihr der stete Durst, der Harndrang, die allgemeine Schwäche und Mattigkeit. Die Urinmenge betrug nie unter 4000. S. G. = 1002.

Am 20. Juni wird mit den Injektionen von Strychnin nitr. 0·005 begonnen. Bereits am nächsten Tage schwinden der Durst, die Trockenheit, der Urindrang. Die Menge des Urins geht unter täglicher Wiederholung der Einspritzungen um 200—400 cm³ an jedem Tage zurück, so daß am 28. Juni nur noch 2 $\frac{1}{2}$ l entleert wurden. Nur an einem Tage war innerhalb dieser Zeit keine Veränderung nachweisbar gewesen. Patientin fühlt sich sehr wohl und kräftig. Sie gibt an, daß alle ihre Beschwerden fast ganz gewichen

sind. Auch braucht sie nachts nicht mehr so häufig zu urinieren. Dabei ist das spezifische Gewicht aber merkwürdigerweise auf 1002—1003 geblieben. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31, 1903.)

Klinische Erfahrungen über Neo-Arsykodile. Von Dr. Karl Fuchs.

Die Kakodylsäure hat vor den früher üblichen Arsenpräparaten den Vorteil, daß sie Arsen in organischer Verbindung reichlich im gelösten Zustand enthält und dabei von beinahe gänzlicher Unschädlichkeit ist.

Die Kakodylsäure, $\text{As}(\text{CH}_3)_2\text{O} \cdot \text{OH}$, ist ein Oxydationsprodukt des Kakodyl, $\text{As}(\text{CH}_3)_2$, und enthält 54·3% Arsen, entsprechend 72% arseniger Säure; sie bildet mit Basen Salze, unter welchen das Natriumsalz, da es wegen seiner geringen Giftigkeit größere Mengen Arsen in den Organismus einzuführen gestattet, am gebräuchlichsten ist.

Eine diesem Natriumsalze analoge organische Arsenverbindung ist das Neo-Arsykodile, das Natriumsalz der Methylarsinsäure, welches zu den Versuchen Verwendung fand. Dasselbe hat den großen Vorzug vor dem Natr. kakodylic., bei innerlicher Darreichung nicht den geringsten Knoblauchgeruch zu geben.

Die Art der Anwendung desselben geschieht per os, subkutan und per klysmata. Bei Vfs Versuchen wurde nur von der innerlichen und subkutanen Darreichung Gebrauch gemacht.

Die Anwendung per os geschah in Form von Neo-Arsykodilepillen à 0·01 g, anfangs zwei, später fünf Pillen pro die. Hierbei waren von Seiten des Magendarmtrakts niemals unangenehme Nebenerscheinungen zu beobachten.

Sterilisierte Einzeldosen in Form 1 cm³ haltender Ampullen, welche jede 0·05 g Substanz enthalten, täglich eine Injektion, während acht Tagen, dann eine achttägige Pause, um dann wieder mit den Injektionen zu beginnen. Auch bei dieser Anwendungsweise traten keine üblen Folgeerscheinungen auf.

Die Ausscheidung der Kakodylsäure geht in der Weise vor sich, daß von der eingeführten Kakodylsäure ein Teil unverändert im Harn ausgeschieden und ein anderer kleinerer Teil im Körper oxydiert wird; darnach erscheint es wahrscheinlich, daß die Wirkung der organischen Kakodylsäure im Körper auf der Bildung von deren anorganischen Oxydationsprodukten beruht.

Die Indikationen zur Anwendung des Arsykodile sind Dyskrasien verschiedener Art, wie Tuberkulose, perniziöse Anämie, Leukämie, Diabetes etc., indem das Arsen nach R é n a u t als ökonomisches Ersparungsmittel wirkt, nachdem es sich langsam an den histologischen Elementen des Nervensystems festgesetzt und sich Arsen-Lecithine gebildet haben.

Die Zahl der von F. mit Neo-Arsykodile versuchsweise behandelten Kranken betrug zwölf, und zwar zehn Phthisiker leichteren und mittleren Grades und zwei Fälle von Diabetes mellitus.

Die hervorragendste Einwirkung des Neo-Arsykodile bei der Tuberkulose, die auch von den übrigen Beobachtern an erster Stelle angegeben wird und auch von den Patienten meist spontan berichtet wurde, war diejenige auf den Appetit; schon nach wenigen Tagen der Anwendung kehrte derselbe zur Norm zurück oder besserte sich doch zusehends; es hob sich infolge dessen das Allgemeinbefinden, und infolge der vermehrten Nahrungsaufnahme nahm auch das Körpergewicht in den meisten Fällen rasch zu, innerhalb einiger Wochen um 2—5 kg.

Beachtenswert war auch der günstige Einfluß des Neo-Arsykodile auf die so lästigen Nachtschweißes der Phthisiker, die entweder gemildert wurden oder in leichten Fällen ganz verschwanden.

Das Fieber ging im allgemeinen während der Neo-Arsykodilemedikation zurück, jedoch war diese Wirkung in vielen Fällen nur eine temporäre, indem die Temperatur bald nach Aussetzen des Mittels wieder anstieg.

Was den Einfluß des Neo-Arsykodile auf den Husten betrifft, so war derselbe ein sehr guter; der Hustenreiz verschwand, der Husten selbst wurde spärlicher, die Expektoration ging leichter vonstatten, die Menge des Sputums wurde geringer, in leichten Fällen verschwand dasselbe ganz.

Die Beobachtung der zwei Diabetesfälle ergab namentlich eine Besserung des Allgemeinbefindens, der Schwächezustand der Patienten nahm ab, das Hunger- und Durstgefühl wurde weniger unangenehm und auch objektiv zeigte sich eine günstige Wirkung, indem der Zuckergehalt des Urins in fünf bis sechs Wochen trotz nicht strenger Diabetesdiät um 3—4% abnahm; dabei traten niemals Intoxikationserscheinungen irgend welcher Art auf, die eine Unterbrechung der Kur erfordert hätten. — (Wien. klin. Rundschau Nr. 28, 1903.)

Beitrag zur Behandlung der Ankylostomiasis. Von Dr. Nagel,
I. Assistenzarzt.

K r a f t gelang es bekanntlich, die sämtlichen saueren Bestandteile des Filixextrakts zu zerlegen in sieben gut charakterisierte Körper, welche durchschnittlich in folgenden Prozentsätzen in einem guten Extrakt enthalten sein sollen:

1. Filixsäure (L a c h) 3·5%, 2. Flavaspidsäure (B o e h m) 2·5%, 3. Alhaspidin (B o e h m) 0·05%, 4. Aspidinöl (B o e h m) 0·90%, 5. Flavaspidin (K r a f t) 0·10%, 6. neue amorphe Säure (K r a f t) 5·0%, 7. Filicingrine (K r a f t) 6·0%.

Die Körper 1—4 waren bereits früher bekannt, die unter Nr. 5—7 genannten sind von K r a f t neu entdeckt. Nach den von Prof. J a q u e t in Basel angestellten klinischen Versuchen soll die unter Nr. 6 erwähnte amorphe Säure der Träger der anthelminthischen Wirkung des Filixextrakts sein; sie ist in dem sogenannten Filmaron dargestellt und soll, was ja von außerordentlichem Nutzen sein würde, frei sein von jeder toxischen Nebenwirkung.

N. hat das Filmaron in neun Fällen von Ankylostomiasis, in welchen sowohl das Extractum filicis wie auch Thymol versagt hatten, angewandt und, wenn auch erst nach wiederholter Kur, Heilung erzielt. In den fünf ersten Fällen gab er das Mittel in folgender Form: Filmaron 0·7, Chloroform 1·5, Oleum Ricini 20·0. Die Abtreibung gelang nach zweimaliger Kur. In den vier übrigen Fällen: Filmaron 0·7, Thymol 5·0, Chloroform 1·5, Oleum Ricini 20·0. Die Abtreibung gelang nach zwei- bis viermaliger Kur. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31, 1903.)

Physikalische Therapie.

De l'impuissance sexuelle et de son traitement electrique.

Von A. Laquerrière.

Vf. bespricht kurz die verschiedenen Arten der Impotenz und ihre elektrischen Behandlungsmethoden. Der eigentliche Kern der Abhandlung gilt der Behandlung nach A p o s t o l i, welcher folgendermaßen verfährt: Er benützt zwei große Elektroden aus Töpferton, ganz von der Art seiner indifferenten Elektrode zur gynäkologischen Elektrolyse. Die Anode liegt der Kreuz- und Gesäßgegend, die Kathode der Nacken- und Schultergegend auf. Es werden sehr starke Ströme von 100—175 Mill. Amp. täglich 10 Minuten lang angewendet und gut vertragen.

Das Ergebnis war je nach der Natur der Krankheit verschieden, doch wurde immer, wenn nicht ein organisches unheilbares Leiden zugrunde lag, nach den ersten Sitzungen eine Vermehrung, fast immer eine Verstärkung der Erektionen erzielt, welche freilich manchmal später wieder nachließen. Vf. sieht in der beschriebenen Behandlungsmethode ein Mittel, welches darniederliegende Erektionen verstärkt und welches man in geeigneten Fällen versuchen muß, gleichgiltig, ob man darin ein eigentliches Heilmittel erblicken will oder nur ein Mittel, welches dem Patienten dazu hilft, das verlorene Selbstvertrauen wiederzugewinnen. — (Le Progrès méd., Bd. 14, Nr. 19, 1902.) B.

Influence du massage abdominal dans le traitement de la diarrhée chronique. Von Cautru.

Die Bauchmassage leiste in der Behandlung der chronischen Diarrhöen in einer großen Anzahl von Fällen tatsächliche Dienste. Sie bringe im allgemeinen und ziemlich schnell die Diarrhöen der Konstituierten und solche Diarrhöen, die durch gastrointestinale Gärungen bedingt wurden, zum Verschwinden. Diese Formen kämen hier weniger in Frage. Es handle sich mehr um die idiopathischen Formen. Es erscheine ihm aber fraglich, ob es sich nicht auch dabei meist um Diarrhöen handle, die bedingt würden durch eine Magenstörung, eine latente Dyspepsie. In den Fällen von Hyperchlorhydrie trete der Chymus sehr sauer aus dem Magen in den Darm über; werde er dann nicht genügend durch alkalische Galle neutralisiert, so bleibe er sauer und werde so aus dem Darne ausgestoßen. In den Fällen von Apepsie träten die Nahrungsmittel meist schnell und inner schlecht verdaut aus dem Magen in den Darm über; hilft dann Galle und Bauchspeichel nicht noch nach, so wirkten die Trümmer der Nahrungsmittel wie ein Fremdkörper und würden so schnell ausgestoßen. Die große Mehrzahl der Fälle von Hyperchlorhydrie und chloro-organischer Hyperpepsie sei eher zu Verstopfung, als zu Durchfall geneigt. Die Bauchmassage wirke besser in Fällen von Apepsie als in solchen von Hyperchlorhydrie. Aber auch in diesen könne sie gute Dienste leisten, man müsse sie eben nur anzuwenden verstehen. Sie solle beruhigend auf das Nervensystem und zugleich anregend auf die eventuell erschlaffte Magenmuskulatur wirken; diesen Zweck erfülle allein eine Vibrationsmassage; die Wirkung dieser sei dieselbe wie die langer Eisenbahnfahrten, wie sie Trousseau angeraten habe. Bei der Apepsie dagegen regelt die Bauchmassage den Chemismus des

Magens und rege die Sekretion der Leber und der Bauchspeicheldrüse an, wie es so wichtig sei, um die mangelhafte Magenverdauung zu ergänzen oder zu ersetzen. In diesen Fällen müsse die Massage anregend sein, oberflächlich und tief (Knetungen, Hackungen u. s. w.). C a u t r u belegt seine Ausführungen mit den Krankengeschichten von vier einschlägigen Fällen. Er meint, die Bauchmassage dürfe nicht zurückgewiesen werden bei der Behandlung der chronischen Diarrhöen. Sie wirke wunderbar gut bei den infektiösen Diarrhöen gastrischen Ursprungs und bei den Diarrhöen der Konstipierten. Ihre Wirkung sei schnell und sicher. Langsamer führe sie auch zum Ziele bei den Diarrhöen der Apeptischen, vorausgesetzt natürlich, daß keine schwereren Läsionen der Leber oder der Magendarmschleimhaut vorlägen. Endlich könne in den Fällen von Hyperchlorhydrie die Vibrationsmassage versucht werden, die ihm in ungefähr der Hälfte der Fälle Erfolge gehabt zu haben scheine. — (Bulletin général de thérapeutique, April 1902.) B.

Die Bahnungstherapie der Hemiplegie. Von P. Lazarus.

Auch nach vollständiger Zerstörung einer inneren Kapsel sind die ursprünglichen Lähmungserscheinungen einer weitgehenden Restitution fähig, besonders wenn eine methodische Übungstherapie eingreift. Zur anatomischen Erklärung dieser Möglichkeit zieht L a z a r u s vor allem das „vikariierende Eintreten für die erkrankte Hemisphäre“ heran. Des weiteren denkt er an die Neubildung motorischer Zentren in der Nachbarschaft der erkrankten Rindenteile und schließlich an die Restitution auf dem Wege der tiefen Hirnganglien, die durch extrapyramidale Wege mit der Rinde in Verbindung treten oder sich unter Umständen bei rein subkortikaler Innervation funktionell vervollkommen können bis „zur Höhe der willkürlichen Innervationsfähigkeit“. Dabei faßt er insbesondere den Schhügel ins Auge, der ja in vielfacher Weise zentripetal und zentrifugal mit dem Rückenmark verbunden ist. — Die Einteilung der Übungstherapie in Assoziations- und Kommisurenübung erscheint einigermmaßen künstlich. Denn die „Assoziationsübung“, eine vorgezeigte Bewegung nachzuahmen, und die „auto-passive“ Kommisurenübung, das gelähmte Glied von dem symmetrischen gesunden mitnehmen zu lassen, unterscheidet sich doch wohl wesentlich dadurch, daß im ersteren Falle ein Eindruck des Gesichtsinnes, im zweiten ein solcher des Muskelsinnes innervatorisch wirksam werden soll. Auf Erregungen des Muskelsinnes beruhen wohl auch die bahnenden Wirkungen der kinetotherapeutischen

Bäder, der peripheren Faradisation, der Erleichterung der Bewegung der Bewegungsaufgaben durch Equilibrierung der gelähmten Gliedmaßen etc. — (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther., Bd. 6, H. 10, 1903.) B.

Kaltwasserbehandlung des febrilen Delirium tremens. Von Salvant.

Als Maßstab für die Einleitung der Behandlung dient die Körpertemperatur. Konstatiert man im Beginne des Anfalles eine Rektaltemperatur von mehr als 39°, so sind sofort Bäder anzuwenden, und zwar von 18° C.; bei schlechter Herz- und Arterienbeschaffenheit oder wenn der Kollaps auch nur angedeutet ist, wählt man eine Temperatur von 25—28° C. Während des Bades soll der Kopf des Patienten fortwährend mit dem Badewasser übergossen werden; es ist auch angezeigt, warme Getränke und Stimulantien zu geben. Die Dauer des Bades variiert von 5—10 Minuten. Es ist besser, die Bäder öfter zu geben, etwa alle drei Stunden, als sie allzu lange auszudehnen. Man setzt die Bäder so lange fort, bis die Hyperthermie und das Delirium aufhört. Schon nach einigen Bädern zeigen sich die günstigen Wirkungen. Der Arzt muß diese Behandlung persönlich leiten, er darf während des ganzen Bades keinen Augenblick den Puls unbeachtet lassen. Wenn der Kranke das Bad verläßt, muß er in sein Bett zur Wiedererwärmung gebracht werden, wobei auch warme Getränke und alkoholfreie Stimulantien gute Dienste leisten. Sind die Anfälle geschwunden, so wird die Rekonvaleszenz in gewöhnlicher Weise behandelt. In leichteren Fällen oder wenn die Temperatur unter 39° bleibt, genügen meistens laue Bäder; letztere erweisen sich auch dann als zweckmäßig, wenn kalte Bäder kontraindiziert sind, also bei schweren Komplikationen seitens des Herzens, Endo-Perikarditis, Myokarditis, Arteriosklerose, Diabetes etc.; in allen diesen Fällen geben laue Bäder ausgezeichnete Resultate. Die Kollapssymptome, die manchmal im Anschluß an prolongierte kalte Bäder auftreten, behandelt man mit Tomeis, Aether etc. — (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther., Bd. 6, H. 10, 1903; Gazette des eaux Nr. 230, 1901.) B.

Ueber den Einfluß von Bädern und Douchen auf den Blutdruck. Von Ottfried Müller.

Wasserbäder unterhalb der Indifferenzzone bewirken eine während des ganzen Bades andauernde Steigerung des Blutdruckes bei Herabsetzung der Pulsfrequenz.

Wasserbäder von der Indifferenzzone bis zu etwa 40° C. bewirken nach einer einleitenden kurzen Steigerung des Blutdruckes ein Sinken desselben auf, resp. unter den Normalwert, dem dann wieder ein erneuter Anstieg folgt. Bei dieser Gruppe von Bädern sinkt unterhalb von 37° die Pulsfrequenz, oberhalb steigt sie.

Wasserbäder über 40° bewirken eine während des ganzen Bades andauernde Steigerung des Blutdruckes und Vermehrung der Pulsfrequenz. Bei den heißen Bädern erfolgt das Ansteigen von Blutdruck und Körpertemperatur zu gleicher Zeit.

Bei den künstlichen Nauheimer Bädern wird die Blutdrucksteigerung mehr von der Temperatur als vom CO₂-Gehalt des Bades bestimmt. Aus der Veränderung der Pulsfrequenz haben beide Faktoren annähernd gleichen Anteil. Tritt bei Nauheimer Bädern ein Sinken des Blutdruckes ein, so mahnt dies zur größten Vorsicht.

Alle Schwitzbäder steigern bei Gesunden den Blutdruck und vermehren die Pulsfrequenz.

Halb- und Wellenbäder steigern den Blutdruck. Bei lebhafter Bewegung des Patienten ist in ihnen die Pulsfrequenz vermehrt, bei ruhigem Verhalten vermindert.

Duschen jeglicher Temperatur steigern den Blutdruck. Die Arbeitsleistung des Herzens wird durch einen großen Teil der oben erwähnten Methoden bedeutend gesteigert. Dies mahnt zur Vorsicht bei Leuten mit organischen, respektive Herzmuskelerkrankungen und bei Arteriosklerosen. Etwaige funktionelle Störungen der Herzmuskel machten sich manchmal bemerkbar durch sofortiges Absinken des Blutdruckes gegen die Norm. — (Arch. f. klin. Med., Bd. 34, H. 3 u. 4.)

B.

Ueber den Einfluß verschiedener Körperlagen auf die motorische Funktion des Magens. Von v. Mering.

Die Versuchsanordnung war derart, daß eine Stunde nach dem täglich zur selben Zeit eingenommenen Probefrühstück (ein frisches Brötchen von 50 g, 250 cm³ Tee) die Sonde eingeführt und der Magen durch Expression und Spülung völlig entleert wurde. In dem so erhaltenen Gesamtinhalt wurde der Trockenrückstand genau durch Wägen bestimmt. Desgleichen wurde die Trockensubstanz des Probefrühstückes bestimmt, die sich als Mittel von 15 Bestimmungen zu 34.75 g ergab. Unmittelbar nach der Einnahme des Frühstückes nahm die Versuchsperson eine bestimmte

Lage ein, welche während der ganzen Zeit ausgehalten wurde. Jede Einzeluntersuchung wurde zwei, drei und mehrmals angestellt, und zwar meist abwechselnd. Zur Bestimmung kam der Prozentsatz der im Magen verbliebenen Trockensubstanz des Probefrühstückes. Die Resultate faßt v. Mering folgendermaßen zusammen: Die Entleerung des Magens geht am schnellsten vor sich bei rechter Seitenlage und beim schnellen Gehen; beim Stehen, Sitzen, Liegen auf der linken Seite und langsamen Gehen sind die Bedingungen für die Entleerung des Magens weniger günstig und einander fast gleich; die Bauch- und Rückenlage endlich nahmen in Bezug auf die Magenmotilität die Mitte ein. — (Ther. d. Gegenw., Nr. 5, 1902.)

Chirurgie.

Ueber die subphrenischen Abszesse mit Bericht über 60 operierte Fälle. Von Dr. M. Grüneisen.

Vf. hatte auf der chirurgischen Abteilung des Prof. K ö r t e Gelegenheit, 60 Fälle von subphrenischem Abszeß genau zu beobachten und die Resultate der operativen Behandlung zu studieren.

Den Ausgangspunkt bildeten am häufigsten (27 Fälle) Eiterungen im Wurmfortsatz, dann eitrige Prozesse in den anderen Bauchorganen (Magen, Darm, Leber, Milz), weiters Leberechinokokkus, Eiterungen an den Rippen, Empyem der Pleura u. s. w. Von den operierten Fällen sind 20 trotz der Operation gestorben; mehrere Patienten starben an den den subphrenischen Abszeß begleitenden Komplikationen (Pneumonie, Perikarditis, Nephritis), andere waren durch das Leiden so sehr herabgekommen, daß sie noch am Tage der Operation starben. Es erscheint daher von besonderer Wichtigkeit, die Diagnose so bald als möglich zu stellen und die Patienten dem Operateur zuzuführen, bevor sich die lebensgefährlichen Komplikationen ausgebildet haben.

Bei der Behandlung des subphrenischen Abszesses verlangt Vf. die Erfüllung zweier Forderungen: 1. Der Abszeß muß vollständig entleert werden, 2. muß auch für die Zukunft dem Sekret freier Abfluß geschaffen werden. Es ist daher klar, daß eine einfache Punktion gar keinen Erfolg haben dürfte, der einzige Weg ist breite Eröffnung des Abszesses und ausgiebige Drainage.

Die Eröffnung des Abszesses erfolgt auf zweierlei Weise, je nach der Lage der Eiterung: a) entweder von der unteren Thorax-

apertur durch Lumbalsechnitt oder Schnitt im Epigastrium oder b) transpleural nach vorheriger Rippenresektion. Die Angst, die früher vor der Infektion der Pleura bestanden hat, hat sich auf Grund der Erfahrungen in 41 nach dieser Methode operierten Fällen als nichtig erwiesen. Vor allem ist in einem großen Teile der Fälle die Pleura mitaffiziert und es bestehen zwischen den beiden Blättern der Pleura Verwachsungen, durch welche man ohne Eröffnung der freien Thoraxhöhle zum Zwerchfell und zum Abszeß gelangen kann. In anderen Fällen besteht ein trübes, eitriges Exsudat, so daß die angelegte Oeffnung mit Vorteil auch für Drainage der Pleura benützt werden kann. Aber auch in denjenigen Fällen, in welchen nur eine klare, seröse Flüssigkeit oder gar keine sich befindet, kann man die beiden Blätter der Pleura durch eine Steppnaht vereinigen und auf diese Weise die Infektion der Pleurahöhle mit dem aus dem Abszeß abfließenden Eiter verhüten. Diese Methode hat sich gut bewährt, indem sie in der Mehrzahl der Fälle die Eiterung in der Pleura tatsächlich verhütet hat.

Die Nachbehandlung besteht in Kräftigung des Allgemeinbefindens und in anfangs täglich vorzunehmendem Verbandwechsel. Die früher übliche Ausspülung der Höhle hat sich als überflüssig erwiesen; vermittels ausgiebiger Drainage und Gegeninzision gelang es stets, einen völligen Abfluß des Eiters herbeizuführen. — (Langenb. Arch., Bd. 70, H. 1.)

Die Luxation des Nervus ulnaris. Von Stabsarzt Dr. Momburg.

Die Fälle von Luxation des Nervus ulnaris sind nach den Erfahrungen des Vf. nicht selten. Es werden bei der Untersuchung häufig Luxationen und Subluxationen des Nerven gefunden, von welchen die Patienten keine Ahnung hatten. Die Luxation selbst macht häufig keinen Schmerz, erst die an die Luxation sich anschließende traumatische Entzündung des Nerven verursacht Beschwerden, wie Schmerzen beim Beugen, ausstrahlende Schmerzen und Schwellung des Ellbogengelenkes. Mangelhafte Ausbildung des Epicondylus internus und der den Nerven im Sulcus ulnaris festhaltenden Bänder und Faszien geben häufig das prädisponierende Moment ab und ein Trauma löst die Erkrankung definitiv aus.

So war es auch in dem vom Vf. beobachteten Falle, der einen 21jährigen kräftigen Pferde knecht betraf. Die ersten Erscheinungen verspürte Patient während des Turnens; bei der Untersuchung fand man, daß bei Biegung des Armes der rechte Nervus ulnaris auf die äußere Seite des Epicondylus internus herunterglitt, um

bei der Streckung wieder in seine normale Lage zurückzuschnellen. Bei heftigen Bewegungen traten Schmerzen auf, die bis in die Kleinfingerseite ausstrahlten.

Die Therapie bestand in operativer Fixation des Nerven an normaler Stelle vermittels eines Muskel-Sehnenlappens aus dem *Musc. triceps*. Vollständige Heilung.

In ganz frischen Fällen sieht man häufig Heilung nach Fixation des Armes in Streckstellung; durch dieselbe wird die durch das Trauma zerstörte Verbindung des Nerven mit seinem Lager wieder hergestellt. — (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 70, H. 1.)

Ueber die Mesenterialschrumpfung und ihre Beziehung zum Volvulus der Flexura sigmoidea. Von Dr. Oskar Brehm.

Das pathologisch-anatomisch schon früher gewürdigte Krankheitsbild der Mesenterialschrumpfung gibt sich klinisch nach den Erfahrungen des Vf. durch verschiedene Symptome kund, die in wechselnder Intensität auftreten können. In den leichtesten Fällen klagen die Patienten über Stuhlverstopfung, aufgetriebenen Bauch; später kommt es zu „ileusartigen Anfällen“, welche nach einigen Einläufen, die am besten in der Narkose gelingen, zurückgehen, aber eine leichte ständige Blähung der Flexur zurücklassen. In den schwierigsten Fällen gesellt sich zur Schrumpfung des Mesenteriums ein regelrechter Volvulus der Flexur mit den bekannten, plötzlich einsetzenden Erscheinungen von Meteorismus peritonitischer Reizung u. s. w. hinzu.

Aus therapeutischen Gründen ist es sehr wichtig, den echten Volvulus von den ileusartigen Anfällen bei Mesenterialschrumpfung zu trennen. Das Gelingen der Einläufe, nicht stürmische Erscheinungen, gutes Allgemeinbefinden, keine allzu große Spannung des Abdomens sprechen für das letztere Krankheitsbild.

Während man bei der Mesenterialschrumpfung im Interesse des Patienten sich anfangs bemüht, durch Einläufe, die in der Narkose gemacht werden, oder durch Belladonna-Präparate Stuhl zu erzwingen, um den Patienten im freien Intervall radikal zu operieren, ist bei einmal gestellter Diagnose Volvulus sofort zu operieren. Man soll sich zur Regel machen, in diagnostisch unsicheren Fällen lieber eine Mesenterialschrumpfung im Anfall mehr, als einen Volvulus weniger zu operieren.

Nach den Erfahrungen, die Vf. an der chirurgischen Abteilung des Dr. Bergmann zu machen Gelegenheit hatte, genügt es nicht, in Fällen von Volvulus die Detorsion vorzunehmen,

weil sehr leicht wieder ein Rezidiv kommt; zum Zwecke der Radikaloperation soll entweder eine Kommunikationsöffnung zwischen Cökum und abführendem Schenkel der Flexur oder eine Ileokostomie angelegt oder in geeigneten Fällen eine Resektion ausgeführt werden. Auch in den Fällen von Mesenterialschrumpfung hat sich in der anfallsfreien Zeit die Enteroanastomose oder Resektion bewährt. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 70, H. 1.)

Beitrag zur Aethernarkose. Von Dr. C. Longard.

Auf Grund von jahrelanger Erfahrung ist Vf. zur Ueberzeugung gekommen, daß der Aether das unschädlichste und beste Narkotikum ist, das wir besitzen. Die unangenehmen Nebenwirkungen, die dem Aether zugeschrieben werden, sind nach seiner Erfahrung nicht Folgen des Narkotikums, sondern der Methode, nach welcher es verabreicht wird. Die Aethernarkosen werden gewöhnlich als Sticknarkosen ausgeführt, so daß zur Aethernarkose sich noch eine Kohlensäurenarkose gesellt und diese verursacht dann die unangenehmen Nebenerscheinungen. Chloroform ist weit gefährlicher als Aether, wegen der unvorhergesehenen Zufälle, die schon im Anfang der Narkose auftreten können, trotzdem halten die Aerzte am Chloroform fest, weil sich eine Anwendung technisch leicht gestaltet.

Die vom Vf. konstruierte Maske gestattet erstens dem Patienten stets Aether mit Luft gemischt zu verabreichen und gestaltet die Technik der Zuführung des Narkotikums ganz einfach. Vf. benützt diese Maske seit dem Jahre 1898 und verfügt über eine Erfahrung über 2700 Aethernarkosen, die stets tadellos gelungen sind.

Das Stadium der Toleranz tritt schnell ein, nach 5—6 Minuten, bei Potatoren nach 10 Minuten; außerdem wird fast nie ein eigentliches Exzidationsstadium beobachtet. Vf. war auch nie genötigt, den Patienten vor der Narkose Morphium zu injizieren. Die Schleim- und Speichelsekretion war nach Anwendung dieser Maske so gering, daß sich nie die Notwendigkeit ergab, Atropin zu injizieren. Der Puls ist während der Narkose stets ruhig, so daß man eine ständige Kontrolle des Pulses nicht nötig hat.

Vf. hat auch die so sehr gefürchtete Pneumonie als Folgeerscheinung der Aethernarkose nicht beobachtet. Die nach Laparatomien fünfmal beobachtete Pneumonie war entweder durch Aspiration von Mageninhalt oder starke Tamponade des Zwerch-

felles entstanden. Nach Ansicht des Vf. gibt es keine Kontraindikationen der Aethernarkose; er sah weder bei akuten noch bei chronischen Katarrhen der Lunge je irgend welchen Schaden.

Da das Erwachen aus der Narkose langsam erfolgt, kann man, wenn einmal eine tiefe Narkose eingetreten ist, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde weiter operieren, ohne Aether zu verabreichen und ohne daß die Kranken irgend welche Schmerzensäußerungen machen. Auf diese Weise kann man hochbetagte Kranke ohne Gefahr einer länger dauernden Narkose aussetzen.

Schließlich sei noch erwähnt, daß der Verbrauch des Aethers ein geringer ist; es gelingt, Kinder und Frauen mit 15—30 cm³ Aether tief zu narkotisieren; mehr als 60 cm³ braucht man nicht einmal bei den stärksten Potatoren. Für die Narkose von der Dauer einer Stunde hat man bei Frauen und nüchternen Männern 75 g, bei Potatoren 100 g notwendig. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 24, 1903.)

Traumatische Zwerchfellhernie. Von Dr. Riegner.

Ein 35jähriger Arbeiter erhielt mehrere Stiche mit einem Hirschfänger und wurde zirka eine Stunde nach der Verletzung in das Krankenhaus gebracht. Außer anderen Verletzungen an den Händen und am Kopfe wurde im achten Interkostalraume links eine zirka 13 cm lange Schnittwunde konstatiert, durch welche Magen und Netz vorgefallen waren. Trotz des totalen linksseitigen Pneumothorax bestand nur geringe Dyspnoe.

Bei der sofort vorgenommenen Operation wurde ein Stück Netz reseziert, der Rest durch das verletzte Zwerchfell wieder in die Bauchhöhle reponiert, ebenso auch der Magen. Naht des Zwerchfelles mit Katgut. Außerdem wurde die Bauchhöhle mittels Laparatomie eröffnet, und es zeigte sich, daß weder Magen noch Leber verletzt waren. Drainage und Naht der Pleura. Trotz der Schwere der Verletzung erfolgte die Heilung sehr schnell. Die Lunge dehnte sich sofort am ersten Tage aus. Nach acht Tagen waren die Thorax- und Laparatomiewunde reaktionslos verheilt. Patient wurde wieder vollständig arbeitsfähig. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 38, II. 3.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Behandlung der kompletten Scheiden-Dammrisse. Von H. Barnsby.

Vf. kommt mit dem Vorschlag, das operative Verfahren nach Lawson-Tait-Pozzi zu modifizieren. Vf. schlägt nämlich vor, nach Auffrischung der Vaginal- und Rektalwunde die Wundränder mit Katgut in der Weise zu vereinigen, daß die Knopfnähte nur das Bindegewebe und die Muskulatur durchdringen, aber die Schleimhaut freilassen. Mithin wird weder in der Scheide, noch im Mastdarm ein Faden geknüpft. Will man seiner Sache sicher sein, das heißt ein gutes Spätresultat erzielen, so muß man nach der Ansicht des Vfs. trachten, einen fast vollständigen Verschuß der Vulva herbeizuführen. Man soll dabei so weit gehen, daß die Harnröhrenmündung kaum gesehen wird und man genötigt ist, beim Etablieren eines Dauerkatheters, welches letzteres Vorgehen Vf. dringendst empfiehlt, den oberen Wundrand nach unten zu ziehen. Der vom Vf. eingeschlagene Weg hat viel Ähnlichkeit mit dem Verfahren von Simpson und demjenigen von Fritsch und Walzberg. Weiters schlägt Vf. vor, den trockenen Verband durch einen feuchten zu ersetzen und keine Gaze in die Scheide und den Mastdarm einzuführen. — (Revue de gyn. et de chir. abdom. Nr. 1, 1902.)

Königstein.

Erfahrungen über künstliche Frühgeburten, eingeleitet wegen Beckenenge in den Jahren 1893—1900 an der königl. Frauenklinik zu Dresden. Von Schödel.

Vf. berichtet über 41 Fälle, in denen künstliche Frühgeburt wegen Beckenenge in dem Zeitraum von 1893—1900 an der königlichen Frauenklinik zu Dresden eingeleitet wurde. Unter diesen 41 Fällen waren 27 allgemein verengt oder einfach platte Becken rhachitischer Natur. Als untere Grenze zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt galt für das allgemein verengte Becken eine Conjugata vera von 7·5, für platte eine solche von 7 cm. Bei Primiparen und einer Conjugata vera von 9·5—8·5 cm wurde von der Einleitung der künstlichen Frühgeburt Abstand genommen. Stets wurde darnach getrachtet, Spontangeburt in Schädellage zu erzielen. Wenn es sich jedoch im Geburtsverlaufe zeigte, daß der Durchtritt des vorangehenden Schädels mit Gefahr für Mutter und Kind verbunden sei, so wurde die Wendung mit nachfolgender Ex-
traktion unter möglichst günstigen Bedingungen gemacht. Von

35 Schädellagen wurden 14 spontan und lebend geboren, davon starben jedoch vier am ersten und zweiten Tage nach der Geburt. Von 25 durch Wendung und darauffolgende Extraktion gewonnenen Kindern blieben 14 am Leben. 63% der erzielten Kinder wurden lebend entlassen und erreichte diese Statistik eine Verbesserung von 4% gegen die von Buschbeck'sche mit 59%. Die Mortalität der Wöchnerinnen betrug 2.4%, fieberfreies Wochenbett war in 68% der Fälle vorhanden. Die durchschnittliche Geburtsdauer bei den vom Jahre 1897 ab eingeleiteten Frühgeburten betrug zirka 30 Stunden und wurde ein kombiniertes Verfahren mittels Einlegen von Krauses Bougies und größeren Kolpeuryntern von 250—500 cm³ Rauminhalt in Anwendung gebracht. Ein großes Gewicht legt die Dresdener Klinik auf die genaue Bestimmung des richtigen Moments zur Einleitung der Frühgeburt und kann dies durch wiederholte Untersuchung der Graviden in den letzten Monaten der Schwangerschaft erreicht werden. — (Arch. f. Gynäkol. Bd. 64, H. 1.)

Königstein.

Wiederausdehnung der Gebärmutter während der Geburt.

Von Benjamin.

Vf. spricht auf Grund seiner Erfahrungen die Ansicht aus, daß die kreißende Gebärmutter in jedem Geburtsstadium selbst für einige Stunden nahezu zu derselben Größe ausgedehnt werden kann, welche sie vor der Geburt hatte. Zu diesem Behufe schlägt Vf. folgendes Verfahren ein: Der Steiß der narkotisierten Kreißenden wird an den Bettrand gebracht und hochgelagert, so daß die Hüftgelenke sich in der Höhe der Schultern befinden. Die nun in die Geburtswege eingeführte Hand übt mit dem Daumenballen einen steten und kräftigen Druck gegen die vorliegende Fläche des kindlichen Schädels in der Richtung des jeweiligen Abschnittes der Beckenachse aus. Wenn man sich genau an die Richtung und Biegung der Beckenachse hält, welche der herabtretende Schädel gegangen ist, so kann man ihn ganz denselben Weg zurückdrängen, besonders wenn man die während einer Wehenpause gewonnene kleine Strecke während der Wehe durch entsprechenden Gegendruck festhält. Benützt man jede Wehenpause in ausgiebiger Weise, dann kommt man mit dem Kopf über den Beckeneingang und kann die sich als notwendig ergebenden Lagekorrekturen vornehmen, wobei die andere Hand durch äußere Handgriffe auf den Unterleib unterstützend mitwirkt. — (Philadelphia med. journ., 1902.)

Königstein.

Ueber die Anwendung der Kopfzange bei Steißlagen. Von E. Eckstein.

Vf. empfiehlt auf Grund dreier mit gutem Erfolge behandelter Fälle eine eingehende klinische Erprobung der Anwendung der Zange in solchen Fällen von vollkommenen Steißlagen, wo bei schon im Becken fixiertem Steiß entweder die bereits verzögerte Geburtsdauer oder sonst eine Komplikation mütterlicher- oder kindlicherseits ein Eingreifen erfordert, jedoch die gegebenen Verhältnisse das Einhacken des Fingers in die Hüftbeuge nicht gestatten. Letzteres Moment allein ist es, welches Vf. im Auge hatte, um durch das Anlegen der Kopfzange an den vorliegenden Steiß seinen Zweck zu erreichen, d. i. den Steiß herabzuholen und für die Manualhilfe auf bequeme Weise zugänglich zu machen. Die vollständige Extraktion des Steißes mit der Zange ist niemals nötig. Die Traktionen selbst sollen ohne jeden Kraftaufwand analog dem Vorgehen bei der manuellen Extraktion langsam ausgeführt werden, letzteres besonders schon im Hinblick darauf, das Hinaufschlagen der Arme mit allen seinen Folgen zu verhüten. Die Zange selbst wird *lege artis* angelegt, wenn die Bedingungen so wie für die Kopfzange erfüllt sind. In diesem Fall ist auch das Abgleiten der Zange nicht zu befürchten, da der Steiß für gewöhnlich genügenden Halt bietet. Vf. spricht weiters die Ansicht aus, daß sich die Prognose der Frucht *quoad vitam* durch die Anwendung der Zange bei Steißlagen, ohne die Gefahr für die Mutter zu erhöhen, wesentlich verbessern wird, ganz abgesehen von den nicht zu unterschätzenden Erleichterungen, welche das Anlegen der Zange bei protrahiertem Geburtsverlaufe (30—100 Stunden bei vorhandenem Mißverhältnisse zwischen vorliegendem Kindesteil und Becken oder bei starker Rigidität der mütterlichen Weichteile) sowohl für die Gebärende als auch für den Arzt bietet. Weiters glaubt Vf., daß bei bereits abgestorbener Frucht das Anlegen der Kopfzange gegenüber der Extraktion mit dem Kranioklasten den Vorzug verdient, weil das Vorgehen viel schonender ist. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 25, 1901.)

K ö n i g s t e i n.

Ein Fremdkörper als Geburtshindernis. Von Czarnecki.

Vf. fand bei einer 27jährigen kreißenden Frau als Geburtshindernis zwischen Kopf und Muttermund eine Blechbüchse von 10 cm Durchmesser und 4 cm Höhe. Die Frau gab an, sich diese Büchse im zwölften Lebensjahre gelegentlich der ersten Menstruation in die Scheide eingeschoben zu haben, um die Blutung zu stillen.

Sie konnte den Gegenstand, trotzdem er immer in der Scheide zu fühlen war, nicht entfernen. Erst gelegentlich einer vor 1½ Jahren im fünften Monat stattgehabten Abortes verschwand die Büchse aus der Scheide, indem ihr durch die Erweiterung des Muttermundes die Möglichkeit gegeben war, in die Gebärmutterhöhle zu gelangen. Zu bemerken ist, daß der Gatte erst bei der Geburt von der Anwesenheit der Büchse Kenntnis erhielt und die Frau niemals Beschwerden hatte. Vf. entfernte den Fremdkörper und durchtrennte nach einigen Stunden noch zwei straff hervortretende Narben an der rechten Muttermundlippe, die ein Geburtshindernis bildeten, worauf sich der Muttermund erweiterte. Wegen Wehenschwäche mußte schließlich eine Beckenausgangszange angelegt werden. Der Verlauf des Wochenbettes war ein normaler. — (Deutsche med. Wochenschr., 1902.)

Königstein.

Zur Entwicklung und Perforation des nachfolgenden Kopfes.

Von W. Nagel.

Vf. empfiehlt einen Handgriff, nämlich Heben des kindlichen Rumpfes gegen den Bauch der Mutter zur Entwicklung und Perforation des nachfolgenden Schädels. Derselbe wurde zuerst von van Hoorn beschrieben und leistete dem Vf. gelegentlich einer schweren Entbindung bei einer 32jährigen rhachitischen I-para mit einer Cong. vera von höchstens 6 cm gute Dienste. Der in erster Schädellage befindliche Kopf war noch nicht in das Becken eingetreten und in dem bis auf einen querfingerbreiten Saum erweiterten Muttermunde lag der linke Arm, daneben eine größere pulslose vorgefallene Nabelschnurschlinge. Vf. entschloß sich trotz der hochgradigen Beckenverengung zur Wendung. Nach der schwierigen Lösung des Armes stand das Kinn rechts vorn über dem Beckeneingange, das Hinterhaupt links hinten. Das Kind wurde nun an beiden Füßen mit nach vorne gerichtetem Bauche stark nach vorn und gegen den Bauch der Mutter gehoben. Dadurch trat das Hinterhaupt so weit auf den Beckeneingang, daß unter Leitung der unterhalb des hochgehobenen Rumpfes in die Scheide eingeführten linken Hand mit dem Nägele'schen scherenförmigen Perforatorium unter nicht allzu großer Schwierigkeit perforiert werden konnte. Auch das Anlegen des Kranioklasten wurde wesentlich erleichtert durch starkes Erheben des Kindes gegen den Bauch der Mutter. Jedoch nicht bloß bei der Perforation des nachfolgenden Kopfes, sondern überhaupt bei schwieriger Entwicklung des nachfolgenden Kopfes empfiehlt Vf. diesen Handgriff, der, wie schon oben erwähnt,

in einem starken Heben des kindlichen Rumpfes gegen den Bauch der Mutter besteht. Besonders dann leistet er gute Dienste, wenn das Kinn rechts oder links am vorderen Beckenrande hängen geblieben ist, da man in diesem Falle weder durch einen noch so kräftigen Zug nach abwärts noch in gerader Richtung irgend etwas erreicht, im Gegenteil die Gefahr vorhanden ist, daß der Kopf abgerissen wird. Wird der Durchtritt des Kopfes durch die Anwendung des Handgriffes nicht bewerkstelligt, dann rät Vf., oberhalb der Symphyse von außen einen Druck auf den Kopf auszuüben und letzteren durch einen Zug am kindlichen Rumpfe zu unterstützen, indem man die Schulter mit einer Hand gabelförmig umfaßt. Folgt der Kopf nicht sofort, so ist bei lebendem Kinde die Zange anzulegen, wobei der kindliche Rumpf in die oben beschriebene Lage gebracht wird. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29, 1902.)

Königstein.

Ueber Omphalotrypsie. Von Porak.

Vf. ist auf Grund seiner Erfahrungen der Ansicht, daß die Nabelschnur mit dem Omphalotryp abzuquetschen und der Nabelschnurrest mit trockenen Verbänden von Bismuthum subnitricum zu behandeln ist. Bereits in einer früheren Arbeit hat Vf. den Beweis zu erbringen gesucht, daß das Abfallen der Nabelschnur sich rascher nach der Abquetschung derselben einstelle als nach der einfachen Ligatur und daß überdies die verschiedenen Verbände imstande sind, diesen Vorgang wesentlich in vor- oder nachtheilhafter Weise zu beeinflussen. Der Abfall der Nabelschnur fand nach erfolgter Omphalotrypsie in 67·35% bereits am fünften Tage statt, bei der Ligatur in 59·69%. Vf. gibt weiters an, daß die Omphalotrypsie mehr wie andere Methoden vor Infektion schütze, daß aber bei stattgehabter Infektion diese krasser verlaufe als nach dem Ligaturverfahren. — (Annal. de gyn. et d'obstétric, 1901.)

Königstein.

Ueber den Verlauf der Nachgeburtsperiode in 1000 Fällen nacheinander. Von G. A. Ziegler.

Vf. macht es sich in vorliegender Inaugurations-Dissertation zur Aufgabe, eine Statistik über den Verlauf der Nachgeburtsperiode zu geben in Hinsicht auf die Dauer, den Blutverlust, den Ausstoßungsmodus und etwaige Komplikationen. Vorerst muß bemerkt werden, daß es sich de facto nur um 825 Fälle handelt, da 175 wegen unvollständiger Angabe, so unter anderem Nichtangabe des Blutverlustes, nicht in ernste Erwägung gezogen werden konn-

ten. Die Zeitdauer der Nachgeburtsperiode betrug in 49 Fällen 5 Minuten und erzielte in 277 Fällen die Maximalzahl von 15 bis 30 Minuten. Der Blutverlust steigt in 45 Minuten bis Maximum 316·66 g. Das durchschnittliche Maß ist bei allen Geburten 259·23 g. Die Ausstoßung der Plazente fand in 70 Fällen = 8·41% nach *Duncan* statt, in 761 Fällen = 91·57% nach *Schultze*. Im Durchschnitt genommen, ist der Blutverlust bei *Schultze* um 56·2 g geringer wie bei *Duncan*. Spontan verliefen von 834 Geburten 717, bei 111 mußte *Crédé* gemacht werden, bei 6 die Plazente manuell gelöst werden. Bei den 717 spontan ausgestoßenen Plazenten erschienen in 641 Fällen dieselben vor Ablauf, in 76 Fällen nach Verstreichen einer Stunde. Der Blutverlust betrug im Durchschnitt bei den 717 Fällen 258·34 g, der Blutverlust beim *Crédé'schen* Handgriffe durchschnittlich 315·87 g. — (Inaug.-Dissert., München 1901.) Königstein.

Urologie.

Indikationen für die Massage der Prostata. Von *Guépin* (deutsch von *Dreysel*).

Die Prostatamassage, von *Guépin* als digitale Kompression bezeichnet, besteht in der Entleerung des in den erweiterten Prostatagängen und in den Samenblasen stagnierenden Sekretes und bezweckt Abnahme der Schwellung der glandulären Kongestion, sowie die Eliminierung der infizierenden Elemente, welche spontan gar nicht oder nur unvollständig entleert werden. „Es ist selbstverständlich“, sagt Autor, „daß eine Drüse, vor allem eine infizierte, übermäßig sezernierende, mit stagnierendem Sekrete anders massiert werden muß, wie ein gebrochenes Glied.“ Indikation besteht demnach zur Verhütung des Festsetzens des Sekretes im Drüsenlumen zur Vermeidung der dadurch bedingten Virulenzverstärkung der Mikroben, bei der akuten und subakuten Form des Weitergreifens der Eiterung, sowie des Ueberganges in die chronische Prostatitis. Bei der chronischen, sowie bei der tuberkulösen Form schreibt Vf. der Massage direkt heilende Wirkung zu. Die Massage soll nur dann indiziert sein, wenn der untersuchende Finger unter der Rektalschleimhaut dilatierte Drüsen, Zysten oder Knötchen tastet, die unter dem Fingerdrucke schwinden, ein Zeichen, daß sie evakuiert sind. Der durch die Urethra entleerte Inhalt soll jedesmal mikroskopisch untersucht werden.

Sind diese erweiterten Drüsen nicht tastbar, dann besteht Kontraindikation gegen die Massage. Endlich erklärt G. die Massage für einen nicht unbedenklichen Eingriff, der auch oft „Mißerfolge oder noch Schlimmeres“ zur Folge haben könne. — (Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg., Bd. 14, H. 4, 1903.)

Rich. Grünfeld.

Prostatamassage und Albuminurie. Von Krüger.

Ein Beispiel für die Richtigkeit des eben zitierten Guépin'schen Satzes, der auch von den „größten Lobrednern der Massage“ als richtig anerkannt wird. Neurastheniker vertragen die Behandlung auf die Dauer nicht, frühzeitige Massage schadet eher als sie nützt, „peinlichste Vorsicht und kleinste Dosierung“ empfiehlt Fürbringer. Das gesunde Prostatagewebe kann durch Ansaugen der Infektionskeime aus den infizierten Partien erkranken, endlich selbst durch Uebernährung hypertrophisch werden. Krüger teilt nun zwei Beobachtungen mit, geeignet, den Kreis der Kontraindikationen abermals zu erweitern. Im ersten Falle trat bei einem an chronisch-gonorrhöischer Prostatitis leidenden 26jährigen Manne zum erstenmale nach einer leichten Prostatamassage $\frac{1}{2}\%$ Albumen in dem bisher eiweißfreien Harn auf, keine Zylinder, kein Herzleiden. Die Massage wurde wiederholt ausgesetzt, wobei der Urin eiweißfrei blieb, jede Massage hingegen provozierte abermals Albuminurie ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}\%$ Eßbach). Bemerkte wurde das Albumen durch den Kranken selbst, der mit Hilfe eines spontan angeschafften Albuminometers täglich seinen Harn untersuchte. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Neurastheniker, der angab, sich nach jeder Prostatamassage matt und angegriffen zu fühlen. Die Untersuchung des Harnes nach einer solchen Massage ergab nun abermals Eiweißgehalt. Allgemeine Körpermassage, Spaziergänge, Tanzen, Alkoholgenuß etc. ergaben keine Albuminurie. Der Harn beider Patienten wurde durch vier bis fünf Wochen täglich auf Albumen untersucht, Eiweiß stets negativ. Vf. läßt sich in keine Hypothesen ein, sondern empfiehlt dem Praktiker, während der Massagekur öfters auf Eiweiß und Zylinder zu untersuchen, zumal bei nervösen Individuen. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 23, 1903.) Rich. Grünfeld.

Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol. Von Müller.

Die bakteriellen Urheber des Blasenkatarrhes, Koligruppe, *Bact. lactis aërogenes*, *Proteus* und *Streptokokken* wurden seit

altersher durch innere Medikation von Balsamicis, Quecksilberpräparaten, diuretischen Teekompositionen u. dgl. bekämpft. In letzter Zeit prävalierten die Phenolpräparate, vor allem das Salol, endlich seit dem Jahre 1894 das Urotropin, wirksam als Harnantiseptikum par excellence durch den im Organismus abgespaltene Formaldehyd. Sachs wies 1902 in einer ausführlichen Arbeit aus der Klinik Neisser in Breslau die absolute Superiorität des Urotropins über die anderen Präparate durch objektive bakteriologische Prüfung nach, aber auch dieses „Allheilmittel“ ist nicht immer von dem gewünschten Effekte begleitet. In einzelnen Fällen bleibt derselbe überhaupt aus, da das Urotropin im Organismus nur einen kleinen Teil des Formaldehyds abspaltet und die Blase unzersetzt verläßt, in anderen Fällen wurden wiederum üble Nebenwirkungen, insbesondere seitens des Magens, beobachtet. Bei dem unbestreitbaren Bedürfnisse für ein innerlich gereichtes wirksames Harnantiseptikum entstand daher bald ein ähnlich zusammengesetztes Mittel, welches den Formaldehyd bei der Passage durch den Körper reichlicher und leichter abgibt, das Helmitol. Dieses, entstanden durch Formalin und Zitronensäure, spaltet sich im Körper in Urotropin und Methylenzitronensäure, von denen beide abermals Formaldehyd produzieren, daher theoretisch eine bessere Wirkung zu erwarten steht. In der Tat ergaben sich durch klinische Beobachtung günstige Resultate, welche Vf. zu bakteriologischer Prüfung anregten. Die entwicklungsstimmende und bakterientötende Wirkung des Helmitols wurde in vitro, mit Gelatine, in eiweißreicher Flüssigkeit, endlich im normalen und Zystitisharne geprüft und mit der des Urotropins verglichen. Als Testobjekte dienten die häufigsten Erreger, außerdem Typhusbazillen, Staphylokokken, Milzbrand und Pyocyaneus. Von den eingehenden Experimenten sei hier nur als praktisch wichtig hervorgehoben, daß zur Vernichtung sämtlicher Bakterien ziemlich große Mengen Helmitol und eine mehrstündige Einwirkung erforderlich ist, andererseits jedoch eine Ueberlegenheit des Helmitols gegenüber dem Urotropin nach jeder Richtung sichergestellt wurde. In täglichen Dosen von 4—6 g intern wird es gut vertragen, bei 8 g tritt wohl Neigung zur Diarrhöe, jedoch keine Magenstörung ein. Als Nebenwirkung wurde erhöhte Diurese beobachtet. Die Applikation kann auch in erwärmter, 1—2%iger wässriger Lösung per Katheter in die Blase erfolgen (100—150 g). Erwähnenswert ist noch die ausgesprochene Wirkung des Hel-

mitols auf Typhusbazillen, sowie die lokale Unwirksamkeit bei Gonorrhöe. — (Deutsche Aerzte-Ztg., H. 8, 1903.)

Rich. Grünfeld.

Ohrenheilkunde.

Sur le traitement des affections auriculaires par la ponction lombaire. Von Babinsky.

In der Sitzung der Société médicale des hôpitaux in Paris (April 1903) referierte B. über acht Fälle, betreffend teils Labyrinth-Erkrankungen mit Menière'schem Schwindel, teils Mittelohreiterungen mit Labyrinth-symptomen, bei welchen er die Lumbalpunktion zu therapeutischen Zwecken ausgeführt hatte. Den meisten Einfluß hat die Lumbalpunktion auf die subjektiven Geräusche. In allen diesen Fällen haben sich dieselben auffallend verringert oder sind geschwunden. Bei mehreren dieser Kranken schwanden auch die geistigen Störungen (troubles mentaux), welche infolge der Ohr-affektion aufgetreten zu sein schienen.

Das Hörvermögen wurde dadurch nicht immer beeinflußt, aber in einzelnen Fällen hat sich dasselbe in bemerkenswerter Weise gebessert. Suggestion oder Hysterie können dabei nicht im Spiele gewesen sein. Die Erfolge blieben längere Zeit (in einem Falle über 3½ Monate) gut. — Ein Resultat ist nur dann zu erwarten, wenn das Labyrinth nicht zerstört ist. B. empfiehlt die symptomatische Anwendung der Lumbalpunktion bei allen Kranken mit chronischen Ohr-affektionen.

Zur Galvanotherapie des Menière'schen Symptomenkomplexes. Von Dr. J. Bloch.

Wo man kausale oder allgemeine Behandlung nicht einleiten kann, hat man bisher gegen den Menière'schen Symptomenkomplex mit keinem Mittel durchschlagenden Erfolg erzielt. Die durch Chinin erzielten Erfolge sind sehr spärlich; fragwürdig ist die Wirkung der Salizylsäure. Vielfach verwendet wurden Brom und Sulfonal, Jodkali, Extract. secal. cornuti, Pilocarpin. Gute Wirkung erzielte man häufig durch absolute Ruhelage. Gegen die Behandlung der Menière'schen Symptome durch den elektrischen Strom (Galvanisation, statische Elektrizität) verhalten sich die meisten Autoren ablehnend oder doch sehr reserviert. Bloch hat nun Patienten teils ambulatorisch, teils an der Klinik gegen den Menière'schen Symptomenkomplex durch Galvanisation behandelt,

und zwar quer durch den Schädel, wobei abwechselnd die beiden Elektroden an der Schnuppe des Schläfebeines der einen und am Processus mastoideus der anderen Seite lagen. Die Stromstärke betrug 1—2 M. A., der Strom wurde allmählich ein- und ausschleichen gelassen; die Dauer der einzelnen Sitzungen betrug 4—5 Minuten. Die Prozedur wurde täglich oder jeden dritten Tag wiederholt. In drei ausführlich beschriebenen Fällen wurde die galvanische Behandlung mit deutlichem Nutzen ausgeführt; in zwei Fällen, und zwar gerade in den regelmäßig behandelten, führte die Galvanisation auffallend rasch zur gänzlichen Beseitigung aller Menière'schen Symptome. — (Prager med. Wochenschr. 1903.)

Ueber eine eigentümliche Beziehung zwischen Nase und Ohr.

Von Lucae.

In der Sitzung der Berliner otologischen Gesellschaft (Februar 1903) berichtet Lucae über mehrere von ihm beobachtete Fälle, in welchen durch zufällig oder absichtlich ausgeführte Nasenbehandlung (Einziehung von schwacher Kochsalzlösung, Borsäurelösung etc.) lästiges Ohrjucken ganz oder zeitweise zum Schwinden gebracht wurde. Der Erfolg dieses eigentümlichen Heilverfahrens hängt weder von der Qualität des benutzten Medikaments noch vom Zustand der Nase ab. Zur Erklärung muß angenommen werden, daß sie durch Reizung der Nasenschleimhaut auf reflektorischem Wege zustande kommt.

In der Diskussion über diesen Vortrag erwähnt Bruck einen Fall, eine Dame betreffend, welche nach Anwendung eines Mentholsehnupfpulvers in der Nase sofort den Juckreiz im Ohre verlor. Die Patientin gebrauchte das Schnupfpulver längere Zeit und blieb vom lästigen Ohrjucken dann dauernd befreit. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20, 1903.)

Dermatologie.

Ueber den Juckausschlag im Kindesalter. Von Dr. J. Zappert.

Das in den breiteren Schichten der Kinderärzte immer noch nicht genügend gewürdigte klinische Bild der infantilen Urtikaria oder besser gesagt des Strophulus infantum findet in Z. einen ebenso versierten als gründlichen Interpreten. Dieser den Dermatologen längst geläufigen, im Kindesalter äußerst häufigen und lästigen Dermatoze weiß Z. alle kennzeichnenden

Attribute beizufügen und ist auch in Bezug ihrer Pathogenese durchwegs auf richtigen Fährten. So ist es sicherlich gerechtfertigt, die Ursachen des Juckausschlages in erster Linie auf Störungen der Darmfunktion zurückzuführen, wenn auch die sich hierbei abspielenden Veränderungen unserer Untersuchungsmittel und Methoden nicht stets zugänglich sind. Des weiteren ist auch chemischen Alterationen der *Harnsekretion* ein bestimmender Einfluß für die Provokation des Ausschlages zuzuerkennen, wobei von der größeren Anomalie der Zucker- und Eiweißausscheidung ganz abzusehen ist und hauptsächlich nur das Mißverhältnis der normalen Ausscheidungsprodukte in Frage kommt. Ursächliche Beziehungen der Anämie oder Rachitis zum Strophulus sind ebenso entschieden in Abrede zu stellen, wie die öfters herangezogene Relation desselben zur Dentition oder Impfung.

Die Möglichkeit einer Verwechslung mit Insektenstichen (Flöhe, Wanzen), Varizellen wird selbst bei genauerer Kenntnis von Hautveränderungen unterlaufen können. Daß auch *Pemphigus* hierbei ernstlich in Frage gezogen wird, und selbst *Pediatr* von großer Erfahrung zu ähnlichen, die Eltern nicht wenig beunruhigenden Fehldiagnosen gelangen können, hat Referent jüngst noch zu erfahren vermocht. Eine vorzüglich an den Handrändern, Fußsohlen und in der Lendengegend, bei einem sonst gut genährten, kräftigen, einjährigen Kinde wiederholt auftretende Eruption von derben halonierten bis erbsengroßen, dickwandigen Blasen, wurde vom Hausarzte als *Pemphigus* angesprochen, noch dazu mit der Vermutung der „luetischen Provenienz“. Ein Kinderarzt von sonst vorzüglicher Routine bestätigte den Befund mit der Einschränkung, daß es sich um einen *P. vulgaris* handle. Das gleichzeitige Auftreten der Blasen mit papulösen Effloreszenzen, im Vereine mit Kratzeffekten und erhabenen erythematösen Flecken, gleichwie die typische Beschaffenheit der Vesikeln selbst, ließ jedoch keinen Zweifel über die wahre Natur des Prozesses aufkommen, der sich nun auch seit einigen Wochen ausschließlich in der sporadischen Knötchenform wiederholt.

Von Heilmitteln kommt in erster Linie das *Kalomel* in Betracht, dessen darmreinigende und desinfizierende Eigenschaft kausal zu wirken vermag. Ferner scheint eine zwei- bis dreiwöchentliche Behandlung mit *Karlsbaderwasser* angezeigt. Auch andere Mineralwässer, wie *Biliner*, *Krondorfer*, *Fachinger* haben das Vermögen, die rasche Entfernung schäd-

licher Stoffwechselprodukte aus dem Kreislauf zu unterstützen. Immerhin erübrigen alle diese Mittel nicht die symptomatische äußere Behandlung des Ausschlages, für welche Betupfung mit 2%igem Salizylalkohol und Salbenbehandlung (Lassar, Schwefel- und Zinkpasta, Naphtol-Wilkinsonsalbe) ausreichen. Eine besonders beruhigende Wirkung auf den Juckreiz übt der innerliche Antipyringebrauch. (Wien, med. Presse 4—6.)

F. Siebert sah vom Ichthyol in verschiedener Form (Ichthalbin, Ichthyol- und Ferrichthyoltabletten) teilweise guten Erfolg. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 27, 1902.)

Zur Heilwirkung des Knochenmarks. Von Ch. Watson.

Unter dem Namen „Myelocene“ bringen Macforlane & Co. in Edinburgh ein den langen Röhrenknochen entstammendes Markpräparat zur Darstellung, das sich in der Dermatotherapie einen Platz erringen soll. Ueber Versuche, welche der Vf. mit diesem Mittel gegen Psoriasis unternommen hat (Lancet, Okt. 1902) berichteten wir bereits in einem früheren Hefte, nun will V. auch den Lupus vulgaris in das Indikationsgebiet der Markbehandlung einbeziehen, wozu ihm die wesentlichen Involutionsphänomene ermutigen, welche er bei einem neunjährigen an exulzeriertem Lupus des Gesichtes leidenden Knaben verfolgen konnte. Nach Entfernung der Krusten wurde verflüssigtes Myelocene mit einem Leinenlappen in die affizierten Partien eingerieben, welche Prozedur täglich wiederholt wurde. Bereits nach kurzer Zeit soll die periphere Hyperämie geschwunden sein. Rasche Benarbung griff um sich. Hingegen blieben die Lupusknoten nach wie vor bestehen und erst eine sehr energische Aetzbehandlung mit der Spickmethode konnte eine narbige Ausheilung der Lupome bewirken. Die hiebei zur Geltung gebrachte Aktion der Myelocene soll keine rein antiseptische sein und erfordert nach des Autors Dafürhalten eine eingehende Analyse seitens der Kliniker, Pathologen und Physiologen. Solange aber Vf. keine überzeugenderen Belege für die „hochtherapeutische“ Wirksamkeit dieses unter Zugrundelegung aberteuerlicher Hypothesen herangezogenen Mittels anführen kann, als die Ueberhäutung von vorher entsprechend vorbehandelten und gereinigten Geschwürsflächen, dürfte das „Myelocene“ in des Autors Wirkungskreis das einzige Absatzgebiet finden. — (The Journ. of Act. dis. Mai 1903.)

N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Mundpflege bei Quecksilberkuren und einigen Mundaffektionen.

Von J. Müller.

Die Bedeutung der Mundpflege bei Merkurialkuren liegt nicht so sehr in der antiseptischen Kraft der verwendeten Mundwässer — da das chlorsaure oder hypermangansaure Kali in den üblichen Lösungen zweifellos nur geringe hemmende Eigenschaften auf die Bakterien der Mundhöhle haben — als vielmehr in der Unterstützung anderer physiologischer Vorgänge durch diese Lösungen. Diese physiologischen Vorgänge beruhen aber hauptsächlich in der Anregung der zahlreichen Drüsengebilde der Mundschleimhaut, bezw. des Mundes zur Sekretion, da nach den Untersuchungen Sanaresellis der Speichel nicht nur ein durchaus ungünstiger Nährboden für gewisse pathogene Mikroorganismen ist, sondern sogar die Fähigkeit besitzt, sie zu vernichten, vorausgesetzt, daß die Keime eine gewisse Menge nicht überschreiten. Das letztere trifft allerdings zu bei stark ulzerösen Mundentzündungen, für welche daher vom Autor Pinselungen mit Jodtinktur oder Wasserstoffsperoxyd herangezogen werden.

Da also nach der Ansicht des Autors während der Quecksilberbehandlung eine besondere antibakterielle Wirkung unnötig ist, so benützt er seit fünf Jahren Mundausspülungen mit dem Wiesbadener Kochbrunnen und eine aus dem Quellsalz hergestellte 40%ige Zahnpaste. Die von Unna eingeführte 50%ige Kalichlorium-Zahnpaste ist sicherlich ein ausgezeichnetes Mittel, sie ist aber darum zu verwerfen, weil die Kranken das einmal gewohnte Präparat in der Regel nicht nur monate-, sondern jahrelang gebrauchen, und schließlich ist das Kali chloricum denn doch kein gleichgiltiges Medikament. Dagegen scheint es schon sehr subjektiv, wenn der Autor meint, Leukoplakien oder leukoplakieähnliche Veränderungen auch auf den Gebrauch desselben zurückführen zu müssen; gehören doch diese Epithelveränderungen gerade bei Luetikern, zumal wenn sie Raucher sind, nicht zu den Seltenheiten. — (Derm. Zeitschr., Bd. 10, H. 3.) D.

Zur Aetiologie und Anatomie der Erosio portionis vaginalis.

Von H. Vörner.

C. Ruge und J. Veit suchen die Ursache der Erosion der Vaginalportion in jedem Reiz, der die Portio trifft. Die Untersuchungen des Autors gehen speziell von der Beobachtung aus,

daß gerade gonorrhöekranke Frauen sehr häufig mit Erosionen der Portio behaftet sind. Diese Tatsache allein wäre allerdings für einen Zusammenhang beider Erkrankungen noch nicht maßgebend. Dagegen hatte der Autor in einer Reihe (6) von Fällen Gelegenheit, ein Stück der krankhaften Stelle zu exzidieren und konnte in allen Fällen *Gonokokken* im Gewebe nachweisen. Allerdings betraf die Auswahl nur solche Fälle, bei welchen die vorausgehende Prüfung von Ausstrichpräparaten, welche von der Oberfläche der Erosion genommen waren, Gonokokken ergeben hatte.

Der Verlauf der Gonokokkenentzündung dürfte nach der Ansicht des Autors sich so vollziehen, daß die Gonokokken zuerst ins Plattenepithel gelangen, dieses durchdringen und schließlich in die Submukosa kommen; hierbei wird das Plattenepithel bis auf die basalen Zellen gelockert und weggeschwemmt. Die restierenden Epithelien sind mannigfachen Veränderungen ausgesetzt, an Stelle der interpapillären Zapfen kommt es zur Entwicklung des für die Erosion typischen Drüsenlagers. Das flimmernde Zylinderepithel der Erosionsdrüsen ist gegen die Gonokokken anscheinend immun.

Bei den chronischen Formen der Portioerosion ist der Nachweis von Gonokokken im Sekrete — wie auch bei anderen chronischen Schleimhautaffektionen der gleichen Aetiologie — in der Regel außerordentlich erschwert, wenn nicht unmöglich; Exzision und anatomische Untersuchung bei derartigen Fällen wurden vom Autor nicht gemacht. Es scheint somit fraglich, ob die Gonokokkenätiologie für alle Fälle von Erosion Geltung hat. Die Heilung der Erosion erfolgt bei antigonorrhöischer Behandlung, nur muß Zervix und Uterus sorgfältig mitbehandelt werden, um Autoinfektionen vorzubeugen. — (Derm. Zeitschr., Bd. 10, II. 3.)

D.

Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem. Von C. Hochsinger.

In einzelnen Monographien über hereditäre Lues ist wohl kursorisch davon die Rede, daß auch exanthemlose Fälle von Heredosyphilis vorkommen können, einer eingehenden Betrachtung aber ist dieser Gegenstand bisnun nicht unterzogen worden. *Hochsinger* hat im ganzen 14 Fälle verfolgt, bei welchen die Beobachtung verschieden lange Zeit, je nach Möglichkeit, in der Regel während der ganzen Säuglingsperiode, fortgesetzt, nie die geringsten kutanen Erscheinungen ergab. Die Syphilismanifestationen, welche diese Kinder boten, waren in erster Linie die be-

kannten Veränderungen der Nase, bezw. der Nasenschleimhaut, und zwar war dieses Organ in allen Fällen miterkrankt, in acht Fällen war Osteochondritis und Pseudoparalyse vorhanden, siebenmal war auch die Leber affiziert. Da drei der kranken Kinder erst nach Ablauf mehrerer Lebenswochen das erstmal zur Beobachtung gelangten, so könnte für diese Fälle ein vorausgegangenes Exanthem supponiert werden, dem steht aber die Erfahrung *Hochsingers* gegenüber, daß bei der hereditären Syphilis ein so flüchtiges Roseolaexanthem, wie manchmal beim Erwachsenen, nicht zur Beobachtung kommt; überhaupt sei eine Roseola in der Art wie beim Erwachsenen der Heredosyphilis fremd, da hier die makulösen Effloreszenzen stets scheibenförmig seien, einen eigentümlichen Glanz hätten und bald einen braungelben oder graubraunen Farbenton annehmen, und dieser pigmentierte Farbenton persistiere in der Regel Wochen. Daß die in allen Fällen wegen der erwähnten anderweitigen Syphilisercheinungen eingeleitete Merkurtherapie nicht auch einen eventuellen Exanthemausbruch unterdrückt habe, lehren einerseits die Erfahrungen bei der akquirierten Lues, anderseits aber auch die an Kindern gemachten, wo so oft, trotz Merkur, sich Exantheme zeigten.

Eine besondere Betonung aber legt der Autor darauf, daß man bei mit Zeichen hereditärer Lues behafteten Kindern (Koryza, Osteochondritis, Leberaffektionen) nicht etwa, wie beim Erwachsenen, den Ausbruch eines eventuellen Exanthems abwartet, sondern, was eigentlich selbstverständlich erscheint, sofort der spezifischen Behandlung zu ihren Rechten verhilft. Die Fälle scheinen tatsächlich nicht undankbar, da *Hochsinger* unter den angeführten 14 Kindern 10 der Heilung zuführen konnte. — (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 65, II. 2.) D.

Zur vererbten Immunität gegen Syphilis und über das sogenannte Gesetz von Profeta. Von M. Tschlenow.

Die ursprüngliche Formel *Profeta's* lautete: Wenn eine syphilitische Mutter, die vor der Konzeption oder nach derselben infiziert wurde, ein gesundes Kind zur Welt gebracht hat, so kann sie es stillen, pflegen und küssen, ohne Gefahr, dasselbe anzustecken, selbst wenn sie an den Brustwarzen oder an den Lippen kontangiös-syphilitische Erscheinungen aufweist. Andere haben dann diese Erfahrung *Profeta's* dahin erweitert, daß die Immunität auch vom syphilitischen Vater, wie auch von der Mutter, welche an tertiärer oder „gewesener“ Syphilis leidet, übertragen

werden kann. Nicht nur gegen diese weite, sondern auch gegen die ursprüngliche enge Fassung des Profeta'schen Gesetzes werden immer mehr Stimmen laut.

Tschlenow selbst bringt zwei Ausnahmen; es handelt sich in dem einen Fall um Infektion des Kindes einer tertiär-syphilitischen Mutter im Alter von fünf Jahren, in dem zweiten Fall um das fünfmonatliche Kind einer Mutter (und eines Vaters), die früher Syphilis hatten; es handelt sich also beidemale um Fälle, von denen Ogilvie sagt, daß hier eine vererbte Immunität überhaupt nicht existiert, keineswegs aber rangieren sie in das engere Profeta'sche Gesetz.

Glück negiert die Giltigkeit des Profeta'schen Gesetzes vollständig und verlangt daher auch, daß die wenigen gesund geborenen Kinder rezent luetischer Mütter künstlich zu ernähren seien, um eine Infektion derselben zu verhüten. Der Autor selbst hält hingegen eine derartige (Profeta'sche) vererbte Immunität für ganz sicher (kommt sie doch auch anderen Infektionskrankheiten zu), wengleich es zweifellos zahlreiche Ausnahmen von diesem Gesetze gäbe. Ueberdies aber sei theoretisch auch die Möglichkeit der Uebertragung einer solchen Immunität durch den syphilitischen Vater nicht zu leugnen. — (Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. 36, Nr. 9.) D.

Kinderheilkunde.

Ueber Säuglingsernährung mit Vollmilch. Von Dr. Eleonore Fitschen.

In Oppenheimers Kinderambulatorium in München kamen in dem Zeitraume von nicht ganz 2 Jahren 130 Kinder zur Behandlung mit Vollmilchernährung. Wie jedes poliklinische Material, hatte auch dieses mannigfache Erschwerungsgründe für die Behandlung, so nicht hinreichend sorgfältige Wartung, unrationelle Ernährung u. s. w. Da die Vollmilchernährung für die zweite Hälfte des ersten Lebensjahres weniger beanständet wird als für die ersten sechs Monate, wurden Kinder des ersten Halbjahres zu den Versuchen herangezogen. Nur Kinder, die durch mindestens vier Wochen (wenn auch nur kurze Zeit unter Vollmilchernährung) in Beobachtung gestanden waren, wurden berücksichtigt.

Die Milch wurde aus verschiedenen Verschleißquellen bezogen, selten pasteurisiert oder sterilisiert, meist nur gekocht. Für die Be-

stimmung des Tagesquantums waren Alter und Körpergewicht maßgebend. Bei Pädatrie, habituellem Erbrechen, bei akuten Magendarmstörungen wurde eisgekühlte Vollmilch löffelweise gegeben. Kinder, die bisher verdünnte Milch erhalten hatten, ließ man allmählich zur Vollmilch übergehen. Brustkinder sollen nach dem Abstillen ebenfalls erst verdünnte Milch erhalten. Bei kranken Kindern wurde der Uebergang zur warmen Vollmilch öfters über Eismilch gemacht.

Bei interkurrenten Magendarmkrankheiten wurde die Vollmilch öfters ausgesetzt und Tee oder Suppe verordnet.

Die tabellarisch geordneten Krankengeschichten zeigen deutlich die erzielten Erfolge. Als Regeln hätten zu gelten: Bei Gewöhnung der Kinder an eine andere Ernährungsweise muß die Vollmilchernährung allmählich eingeleitet werden. Bei akuten Magendarmkrankheiten wurde die Vollmilch ausgesetzt und bevor man sie von neuem gab, besser verdünnte Milch gegeben. Eine Ausnahme bestand bei Eismilch, die oft direkt nach Teediät gegeben wurde. Zeiten, wo Kinder wegen akuter Krankheiten in Behandlung waren, galten als ungeeignet, einen Ernährungswechsel durchzuführen, wenn die bisherige Nahrung vertragen wurde. Kinder in den ersten zehn Lebenstagen haben verdünnte Milch erhalten, weil noch nicht festgestellt ist, daß sich Vollmilch für dieses frühe Alter eignet. Eine Ueberernährung muß durchaus vermieden werden. In mehreren Fällen hat ein verordnungswidriges Uebermaß von Vollmilch schwere Erkrankungen zur Folge gehabt.

Was das Alter betrifft, zeigte sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den Resultaten bei den Kindern von über vier Wochen bis drei Monaten und denjenigen über drei Monate bis zu sechs Monaten. Die Erfolge sind eher bei den jüngeren bessere, dagegen bei Kindern unter vier Wochen weniger befriedigend. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 37.)

Ein Fall von Barlow'scher Krankheit. Von W. Knoepfmacher.

Ein acht Monat altes Kind zeigte seit drei Wochen starke Schmerzhaftigkeit der konstant in Ruhe gehaltenen Beine, diffuse Schwellung der Oberschenkel, an welcher hauptsächlich die Muskulatur und die druckempfindliche Diaphyse beteiligt war; auch der rechte Unterschenkel erwies sich geschwellt, die bedeckende Haut hier glänzend und bläulich durchscheinend, die Innenfläche der Tibia zeigte Fluktuation. Die Probepunktion förderte Blut, wobei

die Nadel auf rauhen Knochen kam. Es bestanden deutliche Zeichen von Rhachitis und starke Anämie.

Die Barlow'sche Krankheit ist bisher in Wien überaus selten beobachtet. Das vorgestellte Kind war mit Biedertmilch ernährt. Nach fünftägiger Darreichung von roher Milch hatte sich der Zustand bereits gebessert. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26, 1903.)

Französische und englische Literatur.

Mitteilung über einen möglichen Zusammenhang zwischen Karzinom und nervösen oder trophischen Bezirken. Von Lenthal Cheaple.

Es gibt eine Zahl von Fällen, in denen eine ausgesprochene Beziehung besteht zwischen der Ausdehnung des primären Karzinomherdes und der Verteilung der trophonerotischen Zentren. Ausgehend von dieser Beobachtung, ergibt sich die praktische Folgerung, daß die Ausdehnung dieser Bezirke in Betracht gezogen werden sollte, wenn die Exstirpation eines Karzinoms vorgenommen werden soll.

Die zweite Folgerung, die sich vielleicht ziehen läßt, ist, daß das Hineinfallen eines Karzinoms innerhalb eines bestimmten nervösen Bezirkes vielleicht auf direkten oder indirekten nervösen Einfluß zurückzuführen ist.

Die Art der Verteilung erinnert an die bei Herpes, bei Naevi und gewissen infektiösen Prozessen auftretende.

In vielen Fällen von *Ulcus rodens faciei* ließ sich eine scharfe Begrenzung auf die Zweige des N. trigeminus einer Seite feststellen. Bei Zungenkarzinomen sieht man eine auffallende Abgrenzung in der Mittellinie, ohne daß diese durch mechanische oder vasikuläre Verhältnisse zu erklären wäre.

An einem exstirpierten Ganglion des fünften rechten Dorsalnerven, das infolge hochgradiger Schmerzen bei einem inoperablen Brustkarzinom entfernt worden war, waren degenerative Veränderungen zu beobachten. — (Brit. med. Journ. Nr. 2207, p. 904.)

Die vaginalen Ausspülungen vom geburtshilflichen gynäkologischen und hygienischen Standpunkte. Von Lucas-Chomponnière.

Autor wendet sich gegen die immer mehr überhandnehmende Gewohnheit, vaginale Ausspülungen ohne strikte Indikation zu ver-

ordnen. Bei normaler Geburt seien Ausspülungen zwecklos. Auch in der Gynäkologie gehe es nicht an, aus Fluor albus auf septischen Zustand der Genitalorgane zu schließen, da Fluor albus in einer großen Zahl der Fälle nur einer Kongestion der Uterusschleimhaut entspreche. Je nach den Beschwerden während der Menstruation ist der weiße Ausfluß in der Stärke variabel; sei eine Frau während der Periode übermüdet, so werde sie im folgenden Monat ununterbrochenen Fluor haben; wenn sie sich ausgeruht habe, werden die Erscheinungen verschwinden. Die Verwendung von Natr. jod. lasse in manchen Fällen den Fluor verschwinden. Autor sah oft Fluor alten Datums verschwinden nach Skarifikation der Portio ohne lokale antiseptische Behandlung.

Es sei für das therapeutische Handeln sehr wichtig, zu wissen, daß die Bakterieninvasion in dem Uterus unendlich seltener ist, als man es gemeinlich schildert. Nur bei nachgewiesener Infektion seien Ausspülungen indiziert. In anderen Fällen könne das Gegenteil der beabsichtigten Wirkung eintreten; die Ausspülung könne die bisher der Infektion verschlossenen Tore öffnen, und durch die Einführung des durchaus nicht sterilen Rohres, der Flüssigkeit und der Finger eine Bakterienflora in die Vagina tragen. Abgesehen davon, könne eine selbst mit mäßiger Gewalt ausgeführte Injektion zu kleinen, durchaus nicht gleichgiltigen Verletzungen führen. Endlich sind die Genitalien der Frau der Sitz eines so ausgebreiteten, so eindrucksfähigen Nervennetzes, daß der rein traumatische Einfluß auf die vaginalen Wände in Betracht kommt.

Was speziell die Schwangere anlangt, berechtige der geradezu physiologische Ausfluß hier zu keiner Ausspülung; es gebe manche Fälle von Abortus, die auf Ausspülungen infolge von Fluor albus zurückzuführen seien.

Ohne zwingende Indikation lasse sich die Ausspülung vor der Entbindung immerhin verteidigen; nach der Geburt empfiehlt Autor eine einmalige Ausspülung mit einer kräftigen antiseptischen Lösung.

Keinesfalls dürfe man zu solchen Spülungen Sublimatlösungen verwenden, deren Wirksamkeit bei Berührung reichlich eiweißhaltiger Lösungen annulliert werde, umsomehr, als man, wegen der hohen Giftigkeit, $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ ‰ Lösungen anwendete. Ebenso wenig Sinn habe die Ausspülung mit Borlösungen. — Lucas-Champagnière verwendet Karbolsäurelösungen und in

neuester Zeit Lösungen von Wasserstoffsperoxyd. Die wahllosen Ausspülungen post partum in der Privatpraxis provozieren oft Puerperalfieber. Auf gynäkologischem Gebiete müsse man schwächere Lösungen, z. B. 3—4%ige Lösungen von Wasserstoffsperoxyd, 2‰ige Lösungen von Kal. hypermanganic., verwenden; sehr empfehlenswert zur Reinigung seien Lösungen alkalischer Natur, z. B. 1%ige Sodalösungen; ebenso seien in gewissen Fällen adstringierende Lösungen sehr günstig, z. B. 1—3‰ Acid. tannic. unter Zusatz von 5—10 g Borax auf 1 l.

Die rein hygienische Ausspülung ist zu verdammen; insbesondere bei jungen Frauen führe sie zur Verhinderung der Konzeption. Es gelang dem Autor, manche Fälle von sogenannter Sterilität durch Verbot vaginaler Ausspülungen zu beheben. Bei verheirateten Frauen möge man, wenn der Fluor albus überreichlich, reichlich werde, Spülungen mit alkalischen Lösungen verwenden, die den großen Vorteil haben, die Befruchtung eher zu befördern als zu verhindern. Innerhin möge man sie nicht allzubald im Anschlusse an den Koitus ausführen lassen. Unmittelbar vor Eintritt sowie unmittelbar nach Aufhören der Menses seien die Spülungen auszusetzen.

Zum Schlusse betont der Vortragende die Notwendigkeit, die Ausspülungen immer im Liegen mit nachfolgender Ruhepause auszuführen und warnt davor, dieselben ohne Unterbrechung Tag für Tag machen zu lassen. Heißwasserspülungen hätten ihre ganz begrenzten Indikationen. Bei dem gegenwärtigen Stand der Dinge wäre es, trotz des therapeutischen Wertes der Spülungen, fast besser, sie ganz zu verbieten, um der banalen Generalisation, bei der man angelangt sei, ein Ende zu machen. — (La presse médicale Nr. 42, p. 397.)

Ueber Technik und Indikationen der hydroelektrischen Bäder.
Von Felix Allard.

Das elektrische Bad, sei es mit einer Elektrode (Eulenburg), sei es mit mehreren Polen, hat, je nachdem der galvanische oder faradische Strom u. s. w. wirksam ist, verschiedene Indikationen.

Die Anwendung des galvanischen Stromes empfiehlt sich zur Belebung der peripheren Zirkulation, sowie als peripherer Nervenreiz, wie auch zur Behandlung von Urtikaria und gewissen Formen von Pruritus. Die intrakutane Einführung von Medikamenten verlangt zumindestens ein Bad mit zwei Zellen und wird

zur Einführung von *Jod. lithium* und *Acid. salicylic.* direkt an den *Locus dolens* praktiziert.

Das perineale Bad mit galvanischem Strom kommt in Verwendung bei *Orchitis*, *Hypertrophia prostatae*, *Hämorrhoiden*. — (*La presse médicale*, Mai 1903.)

Jodmethyl als Vesicans. Von Charles Garnier.

Bei dem Umstande, als die Anwendung von Vesicantien gegen lokale Symptome aller Art neuerdings wieder vielfach empfohlen wird, schlägt Autor vor, statt des nierenreizenden *Kantheridenpflasters*, das viele unangenehme Nebenerscheinungen hat, *Jodmethyl als Vesicans* zu verwenden. *Jodmethyl* (CH_3J) ist ein farbloser, sehr flüchtiger Aether mit der Dichtigkeit 2.19 und dem Siedepunkte 45° C. Dem Lichte ausgesetzt, färbt er sich in kurzer Zeit durch freiwerdendes Jod braun, weshalb sich die Aufbewahrung in einem dunklen Gefäße empfiehlt.

Läßt man eine kleine Menge der Substanz auf die Haut einwirken, wobei man durch Bedeckung mit einem undurchgängigen Stoffe die Einwirkungsdauer der Dämpfe verlängert, so sieht man folgende Phänome eintreten: Nach kurz andauernder Blässe der behandelten Hautpartie erscheint ein oberflächliches Erythem, welches sich durch seröse Exsudation über das Niveau der umgebenden gesunden Partien erhebt. Innerhalb eines Zeitraumes von 10—12 Stunden kommt es zur Bildung schöner Blasen, gradeso wie bei einem *Kantheridenpflaster*, das gut gezogen hat. Was die subjektiven Phänomene anlangt, stellt sich unmittelbar nach erfolgter Applikation eine individuell verschieden lebhaft Schmerzempfindung ein, die sich bis zum Eindrucke einer leichten Verbrennung steigert, um innerhalb von 10 Minuten zu verschwinden und nur das Gefühl lokaler Hitze übrig zu lassen.

Man braucht zur Ausführung des Verfahrens: 1. Ein Fläschchen mit reinem *Jodmethyl*, 2. als impermeablen Stoff *Billrothbattist*, nicht *Guttaperchapapier*, da dasselbe sich in *Jodmethyl* löst, 3. *Filtrierpapier*, 4. gewöhnliche *Watte*, 5. *Kollodium*.

Man schneidet sich, entsprechend der zu behandelnden Stelle, ein Stückchen *Billrothbattist* zurecht, ferner zwei bis drei Schichten von *Filtrierpapier*, in der Ausdehnung um ein geringes kleiner als der *Battist*, endlich nimmt man eine Schichte *Watte*, so daß sie den *Battist* allseits um 3—4 cm überragt. Nach gründlicher Reinigung und Desinfektion der gewählten Hautpartie läßt

man die Flüssigkeit Tropfen für Tropfen auf das Filtrierpapier fallen, legt darüber den impermeablen Stoff und über diesen die an den Rändern mit Kollodium getränkte Watte; hiemit ist die Prozedur beendet. Für ein viereckiges Vesicans von je 10 cm Länge verwendet Autor 50—60 Tropfen. Das Vesican bleibt 16 bis 24 Stunden liegen, die Abnahme erfolgt leicht, ohne daß die Blasen eröffnet werden müßten. Um die allgemeinere Verwendung des Jodmethylvesicans einzubürgern, würde sich die Anfertigung eines Stoffes empfehlen, der auf der einen Seite absorbiert, auf der anderen impermeabel ist, sowie die Füllung der Substanz in kleine Phiolen, die zur Herstellung eines Vesicans ungefähr genügen. Man kann Jodmethyl ohne Gefahr auch bei Nierenaffektionen verwenden. — (La presse médicale Nr. 42.)

Behandlung der pustula maligna mit Injektionen von Anti-anthraxserum subkutan und intravenös. Von Dr. Bottignani.

Der Autor kommt auf Grund von fünf Fällen, die er mit dem Serum von Sclavo behandelte und von denen vier geheilt wurden, zu folgenden Schlüssen: 1. Das Antianthraxserum besitzt die Macht, die schwersten Fälle von Pustula maligna zu heilen; 2. es verhindert die Verschlimmerung früher Stadien mit absoluter Sicherheit; 3. bei seinem Gebrauche tritt bald Erholung und Besserung ein; 4. in außerordentlich ernsten Fällen sollte der Versuch der intravenösen Anwendung gemacht werden, da diese, ohne unangenehme Nebensymptome, wirksamer ist, als die subkutane Methode. — (Gazetta degli ospedali e delle cliniche, März 1903.)

Ein vermutetes Sarkom der Niere, geheilt durch X-Strahlen. Von Richmond.

Bei einer Frau von 40 Jahren mit einem großen Tumor des linken Hypochondriums, vermutlich — bei seinem raschen Wachstum und dem fortschreitenden Kräfteverfall der Frau — ein Sarkom der linken Niere, wurde anstatt einer radikalen Operation die Bestrahlung mit X-Strahlen versucht. Nach 19 Sitzungen Besserung des allgemeinen Befindens, nach weiterer neunwöchentlicher Behandlung war der Tumor bimanuell nicht mehr zu palpieren. — (New-York med. Journ., März 1903.)

Kleine Mitteilungen.

Dosierte (künstliche) Kohlensäure-Bäder (nach System Dr. Fisch). „Aphor“ von Dr. Fisch. Fisch hat durch Dr. Sedlitzky in Hallein bei Salzburg ein System von 20 Kohlensäurebäderzusätzen fabrizieren lassen, die eine rationelle und systematische Abstufung sowohl in der im Badewasser zur Entwicklung gelangenden Kohlensäuremenge, als auch im Salzgehalt gestatten. Die Dosierung des Salz- und Kohlensäuregehaltes erscheint nach Auflösung der einzelnen Bäderzusätze im Badewasser derartig systematisch geregelt, daß die so hergestellten Bäder in der angeführten Reihenfolge unter Einhaltung aller erforderlichen Kautelen und bei Beachtung der vom behandelnden Arzt anzugebenden Verordnung gebraucht, einen allmählichen und den Patienten nur wohltuend, sicherlich nicht unangenehm oder schädlich beeinflussenden Uebergang von dem schwächsten, d. h. weniger differenten Bade zum stärksten, d. h. mehr differenten Bade gestatten. Das System (künstlicher) „Dosierte Kohlensäurebäder“ stellt eine Serie von 20 verschiedenen Bädern dar, welche bezüglich ihres Salz- und Kohlensäuregehaltes methodische Abstufungen zeigen. Die Badedauer, sowie die Bädertemperatur ist von dem behandelnden Arzte je nach dem individuellen Falle zu regeln, und zwar: von 8—25 Minuten und bei 28°—22° R. Temperatur. (Ratsam ist es, bei den Bädern Nr. 1 bis Nr. 16 die Badedauer nicht über 15 Minuten hinauszudehnen und die Bädertemperatur in den Grenzen zwischen 28°—26° R. zu gebrauchen. Bei den Bädern Nr. 17 bis Nr. 20 kann eventuell schon die Badedauer verlängert und die Temperatur niedriger genommen werden.) Bezüglich des Verhaltens im Bad ist es ratsam, darin während der vorgeschriebenen Badedauer sich womöglich ganz ruhig zu verhalten und auch nicht einmal — wie es von manchen ganz ohne Berechtigung empfohlen wird — die feinblasigen Kohlensäurebläschen vom Körper mit der Hand wegzustreichen, da dadurch nur umso mehr Anlaß gegeben ist, daß die nach aufwärts entweichende freie, großblasige Kohlensäure eingeatmet, eventuell Kongestionen, Kopfschmerzen erzeugen könnte. Eben aus diesem Grunde ist es auch empfehlenswert, die Badewanne während der Badedauer in den kohlensäurereicheren Bädern derart ganz mit einem Lacken zu bedecken, daß bloß der Kopf des Badenden frei zu sehen ist. — (Prager med. Wochenschr. Nr. 34, 1903.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Cholelysin, ein neues Cholagogum, enthält 20% ölsaures Natrium in Lösung. Das Präparat läßt sich wegen seiner Reinheit und flüssigen Form leicht einnehmen. Neben entsprechender Diät werden abends vor dem Zubettegehen, morgens nüchtern, sowie vor dem Mittagessen $\frac{1}{2}$ —1 Teelöffel Cholelysin genommen. Am besten wird das Mittel rein genommen und Wasser, entweder einfaches Trinkwasser oder ein alkalischer Sauerling, Fachinger, Gießhübler etc., nachgetrunken.

Empyroform (Schering). Kondensationsprodukt aus Formaldehyd und Teer in Form eines bräunlichen, in Wasser unlöslichen, in Aceton und Chloroform löslichen Pulvers von schwachem, an Teer erinnerndem Geruche. Anwendung findet es als juckstillendes und austrocknendes Mittel besonders zur Behandlung des Ekzems in Form von Tinktur, Firniß oder Zinkpaste, und zwar als 1—5—10%ige Salbe (Vaseline), 10—20%ige Empyroform-Blei-Vaseline (Ung. Vaselinae plumbicum Kaposi), 5—10—20%ige Empyroform-Zinkpaste und 25%ige Empyroformpaste (Empyroform-Amylum aa. 25, Vaseline 50). — Zur Trockenpinselung: Empyroform 15, Specksteinpulver 10, Glycerin 10, dest. Wasser 20, oder Weingeist—dest. Wasser aa. 10. — Als Firniß: Empyroform 1, Chloroform 3. — Tinktur: Empyroform 5—10, Chloroform, Tinct. Benzoes aa. bis zu 50 g.

Alkohol-Cellit. Fester, 60%iger Spiritus zur Herstellung von Alkohol-Dauerverbänden, eine Lösung von „Protocellit“ (von Bayer & Co., Elberfeld) in Alkohol, enthält ungefähr 60% Alkohol. Um dasselbe als Alkohol-Dauerverband verwenden zu können, wird es mit dem Messer in Streifen oder dünne Platten geschnitten und dann in der Weise wie die gewöhnlichen Alkoholverbände, also speziell in der chirurgischen und gynäkologischen Praxis, angewandt. Der Vorzug vor den Alkoholverbänden ist einerseits die Möglichkeit einer streng lokalisierten Anwendung, da man den Alkohol-Cellit nach Belieben schneiden und auch einzelne Körperstellen vor der Einwirkung durch Einschneiden von Löchern in die Schicht schützen kann, andererseits in der bedeutend milderer, reizloseren Wirkung, die darauf beruht, daß immer nur eine geringe Menge des Alkohols, d. h. die direkt mit der Haut in Berührung tretende Schicht des Alkohol-Cellits zur Wirkung gelangt, und endlich eine länger anhaltende Wirkung, da das Verdunsten

des Alkohols nur in geringem Maße vor sich geht. Außerdem ist die Möglichkeit geboten, den Alkohol-Cellit selbst, besonders wenn man ihn etwas anwärmt, auf der Haut zu verreiben oder durch Darstellung einer verdünnten Lösung ihm eine salbenartige Konsistenz zu geben. Die Alkohol-Cellitverbände wirken ebenso wie die Alkoholverbände *Salzwehls* und *Buchners* gefäßerweiternd; die Wirkung der mit 95%igem Alkohol gemachten Verbände ist eine etwas kräftigere, aber nicht so lange anhaltende. Die Alkohol-Cellitverbände werden alle 24 Stunden erneuert. Eine schädliche Einwirkung des Präparats war nie zu konstatieren. — (Pharm. Post Nr. 30, 1903.)

Bei Bronchitis chronica:

- | | | |
|-------------------------------|---|---------|
| 1. Rp. Creosotali | } | āā 15·0 |
| Ol. amygdal. dulc. | | |
| Pulv. gumm. arab. | | |
| Aq. destill. | | |
| M. f. emulsio; adde | | |
| Aq. menth. piper. | | 100·0 |
| Syr. cort. aur. | | 15·0 |
| D. S. Dreimal täglich ein Eß- | | |
| löffel voll zu nehmen. | | |
| 2. Rp. Natr. jodati | } | āā 2·0 |
| Ferr. kalitartar. | | |
| Aq. cinnamomi | | |
| Syrup. simpl. | | |
| D. S. Dreimal täglich ein Eß- | | |
| löffel voll zu nehmen. | | |

Bei Sykosis barbae:

- | | | |
|--------------------------|---|---------|
| Rp. Betanaphtholi | | 4·0 |
| Sapon. virid. | } | āā 20·0 |
| Cret. praepar. | | |
| Sulf. loti | | |
| Lanolini | | |
| M. f. ungt. D. S. Salbe. | | |

Bei Blenorrhöe:

- | | | | |
|----------------------------|---|--------|---------|
| Rp. Benzoës pulv. | } | āā 5·0 | |
| Ol. santali | | | |
| Carb. anim. | | | q. sat. |
| ut f. pilul. Nr. XL. | | | |
| D. S. Dreimal täglich zwei | | | |
| Pillen zu nehmen. | | | |

Zur Handpflege:

- | | | |
|-----------------------------|----------|---------|
| 1. Rp. Bism. subnitr. | 16·0 | |
| Glycerini | 8·0 | |
| Aq. destill. | 120·0 | |
| Spir. lavand. | 10·0 | |
| D. S. Zum Einreiben. | | |
| 2. Rp. Magnesiae sulfur. | 5·0 | |
| Aq. naphae | 120·0 | |
| Aq. rosar. | ad 500·0 | |
| D. S. Zum Waschen der Hand. | | |
| 3. Rp. Naphtholi | 0·3 | |
| Glycerini | } | āā 90·0 |
| Aq. coloniens. | | |
| D. S. Aeußerlich. | | |

Als Expéctorans:

- | | |
|-------------------------------------------|------|
| Rp. Extr. cortic. coccilan. fluid. | 15·0 |
| D. S. Zweistündlich 10 Tropfen zu nehmen. | |

Bei multipler Warzenbildung:

- | | |
|-------------------------|---------|
| 1. Rp. Sulf. praecipit. | 2·0 |
| Ac'd. acetic. | 4·0 |
| Glycerini | 10·0 |
| D. S. Zum Pinseln. | |
| 2. Rp. Paraformii | 2·0 |
| Contere cum | |
| Spirit. aether. | 2·0 |
| Adde | |
| Collodii ricin. | ad 20·0 |
| D. S. Zum Bepinseln. | |

Bei rheumatischen Beschwerden:

1. Rp. Ol. succin.)		4. Rp. Ol. ricini	} āā 25 0
Ol. lini	} āā 25·0	Methyl. salicyl.	
Ol. juniperi		Ol. eucalypti	1·0
Ol. petrae		D. S. Zur Einreibung.	
D. S. Zur Einreibung.			5. Rp. Extr. fol. belladonn.
2. Rp. Acid. acetic.	20·0	Natr. salicyl.	3 0
Aq. rosae	80·0	Acid. salicyl.	4·0
Ol. terebinth.	100·0	Vaselini	ad 50·0
Ol. citri	5·0	M. f. ungt. D. S. Einreibung.	
Vitell. ovi unius			
M. f. linimentum. D. S. Zu Einreibungen.		Zur Inhalation:	
3. Rp. Guajacoli	5·0	Rp. Creosoti	5·0
Methyl. salicyl.	25·0	Bals. peruvian.	} āā 15·0
Vaselin.	40·0	Terebinth. venet.	
D. S. Äußerlich.		Tinct. eucalypt.	
		Tinct. benzoës.	āā 7·5
		Ol. terebinth.	50·0
		D. S.	

Bücher-Anzeigen.

Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten. Von Hofrat Dr. Fr. Crämer. 1. Heft: Magenerweiterung. Motorische Insuffizienz und Atonie des Magens. München. J. F. Lehmann.

Die Vorlesungen sind hauptsächlich für den Praktiker bestimmt, sie enthalten die Erfahrungen eines langjährigen Praktikers auf diesem Gebiet in der Darstellung und unter Hervorhebung jener Punkte, welche für den Praktiker am wertvollsten sind. Dabei vermischen wir nirgends die strengste wissenschaftliche Basis für alle Erörterungen, nur sind sie nicht als Hauptsache behandelt, sondern dem Ziele, zum richtigen Handeln anzuleiten, untergeordnet. Obwohl die Physiologie und Pathologie der Verdauung in letzter Zeit vielfach studiert worden ist, zeigt es sich — hier mehr wie in allen anderen Gebieten der Medizin — daß die einfache Anwendung der gewonnenen Lehrsätze nicht zugänglich ist, daß scheinbar ganz kontradiktorische Maßregeln erst zum gewünschten Ziele führen. Das ist der Punkt, an dem reiche eigene Erfahrung unersetzlich ist und mit Freuden wird der Arzt die Anleitungen Vfs. entgegennehmen, welche aus einer glücklichen Verbindung theoretischer Kenntnisse und vielfacher klinischer Beobachtung hervorgegangen sind. Das Werkchen ist vorzüglich geschrieben und macht — was dem Zwecke der Verallgemeinerung besonders dienlich ist — keine Voraussetzungen, so daß der Leser über jeden Punkt aus dem Text selbst Aufschluß erhält und ihm zugleich die wichtigsten Arbeiten der Literatur in kurzem Inhalt geboten werden. Besonders sei auf die Begründung der diätetischen Vorschriften hingewiesen. Ein Anhang bringt eine Vorlesung von Dr. Krecke über chirurgische Behandlung der Magenerweiterung.

E. S.

Ueber die Therapie der Gallensteinkrankheit.

Von **Dr. S. Mintz** in Warschau.

(Fortsetzung und Schluß.)

IV.

Die Prophylaxe. Schädliche physiologische und pathologische Faktoren: Alter, Geschlecht und Schwangerschaft, Tumoren des Uterus oder der Ovarien, Menstruation, Tragen von Mieder oder Schnürleibchen, Fasten, psychische Momente. Aufgabe der Prophylaxe. Verbot des Tragens eines Korsetts und enger Kleider. Ratschläge für Frauen nach dem Wochenbett und während der Menstruation. Bewegung. Diät. Hydropatische Prozeduren.

Die Therapie der Cholelithiasis zerfällt in die prophylaktische und die eigentliche Therapie. Wir erwähnten schon mehrmals die wichtige Bedeutung der Behinderung des Gallenabflusses sowohl für die Entstehung von Konkrementen, als auch für die Entstehung von Entzündungsvorgängen in der bereits Steine enthaltenden Gallenblase. Daraus geht logisch hervor, daß die prophylaktische Therapie in erster Linie die Aufgabe hat, alle jene Umstände zu bekämpfen, welche den Gallenabfluß aus der Blase und den Gallengängen in das Duodenum erschweren. Wenn wir die Faktoren bekämpfen wollen, welche auf die Gallenausscheidung ungünstig einwirken, müssen wir sie genau kennen lernen. Kliniker verschiedener Länder behaupten übereinstimmend die größere Inklinasion von Frauen und älteren Personen für die Gallensteinkrankheit. Das Verhältnis der Männer zu Frauen in Bezug auf Häufigkeit der Gallensteinkrankheit stellt sich auf 1 : 3—5, je nach dem Orte, da nicht überall das gleiche Verhältnis besteht. Roth er in München fand bei Untersuchungen von Leichen Gallensteine in 9·9% bei Frauen und in 3·9% bei Männern. Roth in Basel 11·7% bei Frauen und 4·7% bei Männern. Schröder in Straßburg 20·6% bei Frauen und 4·4% bei Männern. Peters in Kiel 9% bei Frauen und 3% bei Männern. Wir verfügen über keine statistischen Daten in Bezug auf unser Land, da bei uns niemand zu diesem Zwecke Versuche an Leichen gemacht hat, aber es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß bei uns das Verhältnis noch mehr zu Ungunsten der Frauen geändert werden muß, indem an Gallensteinen leidende Frauen häufiges klinisches Material abgeben und Männer verhältnismäßig selten mit diesem Leiden behaftet, angetroffen werden. In gleichem

Maße wie das G e s c h l e c h t übt auch das A l t e r Einfluß aus auf die Häufigkeit dieser Krankheit. Kinder leiden selten an Gallensteinen. F r e r i c h s beobachtete solche bei einem 7jährigen Mädchen. Vor vier Jahren hatte ich in meiner Behandlung eine zehnjährige Schülerin, welche typische Anfälle von Leberkolik hatte. Die Häufigkeit der Cholelithiasis steigt mit dem Alter, wie aus Leichenuntersuchungen ersichtlich ist, welche von P e t e r s, R o t h e r, S c h r ö d e r und anderen ausgeführt wurden. Das Uebergewicht des weiblichen Geschlechtes, sowie des Greisenalters, erklärt sich aus der Anwesenheit verschiedener schädlicher Faktoren, welche auf die Ausscheidung der Galle in den Darm einen ungünstigen Einfluß ausüben. Bei Weibern sind es meist physiologische Faktoren, wie Schwangerschaft oder Menstruation, teils pathologische, wie Uterus- und Ovarialtumoren, sowie eine fehlerhafte Art der Kleidung. Schwangerschaft spielt eine Hauptrolle in der Aetiologie der Gallensteinkrankheit. Ledige Frauen, sowie solche, welche nicht geboren haben, leiden viel seltener an Gallensteinen als solche, welche ein oder mehrere Wochenbette durchgemacht haben. Nach S c h r ö d e r stellt sich das Verhältnis wie 1 : 9 dar. Die Schwangerschaft verändert für gewöhnlich die normalen gegenseitigen Beziehungen der verschiedenen Bauchorgane. Die vergrößerte Gebärmutter übt einen Druck auf die Gallengänge aus, und bewirkt Dislokationen und Knickungen, außerdem setzt sie den Druck des Zwerchfells und der Bauchmuskeln auf die mit Galle gefüllte Gallenblase herab. Die Schwangerschaft begünstigt auch die Abschnürung der Leber, indem der rechte Lappen zwischen Rippenbogen und vergrößerten Uterus gezwängt wird. Anderseits entsteht nach der Geburt häufig eine Erschlaffung der Bauchmuskeln, sowie Herabhängen der Eingeweide, die herabgesunkenen Bauchorgane wiederum rufen Knickungen hervor, bald im Duodenum, bald in den Gallengängen selbst. Deshalb treten auch am häufigsten Leberkolikanfälle bei Frauen nach dem Wochenbette auf. Denselben Einfluß wie Uterus gravidus üben auch größere Tumoren aus, welche von den Geschlechtsteilen ausgehen (Myome und Cysten). Weniger klar ist nur das Verhältnis der Menstruation zur Leberkolik, es ist jedoch eine Tatsache, daß bei Frauen, welche mit Cholelithiasis behaftet sind, die Anfälle hauptsächlich, bei einigen sogar ausschließlich, während der Menstruation stattfinden. Alle obengenannten ätiologischen Momente spielen eine untergeordnete Rolle im Vergleich zu den höchst schädlichen Bedingungen, welche die Frau

sich selbst schafft durch Tragen von Mieder und Schnürleibchen. Die beweglichen Bauchorgane, welche durch das Zuziehen des Mieders gehoben werden, drücken auf das Zwerchfell, erschweren seine Bewegungen und damit auch die Gallenausscheidung aus der Gallenblase, außerdem bewirkt das Schnüren Verlängerung und Senkung des rechten Leberlappens (Schnürleber), und infolgedessen Dehnung der Gallenblase und Knickung des Blasenganges. Dieser Umstand erklärt uns die Häufigkeit der Schnürleber bei Frauen mit Cholelithiasis, auf welchen Umstand schon Cruveilhier aufmerksam machte. Peters fand bei Leichen von Frauen, die bei Lebzeiten an Gallensteinen gelitten hatten, in 23% und Rother sogar in 40% Schnürleber. Was das Alter anbelangt, so erklärte Charcot, die Häufigkeit der Gallensteine bei Greisen durch die mit dem Alter sich steigernde Atonie der Gallenblase infolge Degeneration ihrer Muskulatur. Von anderen Ursachen können wir erwähnen die Inkliniation der Gewebe zum Zerfalle und die dadurch reichlich stattfindende Bildung von Cholesterin aus den Zellen, ferner die sitzende Lebensweise der Greise, das Schwächerwerden der Bauchpresse und der Zwerchfellbewegungen, welches die gehörige Entleerung der Gallenblase erschwert, endlich häufige Katarhe des Magens und des Darmes bei Leuten im Greisenalter. Nicht ohne Begründung schreibt man eine gewisse ätiologische Bedeutung der zu seltenen Nahrungsaufnahme zu. Wir wissen aus der Physiologie, daß unter normalen Bedingungen die in der Gallenblase angesammelte Galle während des Verdauungsaktes im Darne sich in das Duodenum entleert. Ein längerer Zeitintervall zwischen zwei aufeinanderfolgenden Mahlzeiten ruft in gewissem Grade Gallenstauung hervor. Ich konnte häufig Anfälle von Leberkolik bei Jüdinnen beobachten, welche an Cholelithiasis litten, nach längerem Fasten, durch rituelle Gebote bedingt, wie z. B. nach dem Versöhnungstage, nach vollständiger Abstinenz von Speisen und Getränken im Verlaufe von 24 Stunden. Außer der Ausdehnung der Gallenblase durch die im Verlaufe von 24 Stunden angesammelte Galle, bildet auch die Kontraktion des Duodenums beim Hungern ein Hindernis für den Gallenabfluß. Man kann auch psychologischen Momenten nicht eine ätiologische Bedeutung absprechen. Hingegen erscheint uns ein kausaler Zusammenhang zwischen Cholelithiasis und verschiedenen Diathesen des Organismus, wie z. B. der harnsauren Diathese oder Zuckerharnruhr, sehr problematisch.

Die prophylaktische Therapie hat nicht so sehr den Zweck, die Bildung von Gallenkonkrementen zu verhüten, denn gewöhnlich kommen solche Personen den ärztlichen Rat einholen, bei denen die Krankheit schon ausgebrochen ist, wie das Verhüten der Leberkolikanfälle bei Kranken, welche mit der Steinkrankheit behaftet sind. Da uns bekannt ist, daß die Leberkolik hauptsächlich vom Entzündungszustand in der Gallenblase abhängt, diesen aber vorzüglich der behinderte Gallenabfluß begünstigt, folglich soll es unsere Aufgabe sein, die Umstände zu beseitigen, welche den freien Gallenabfluß von der Blase und den Gallengängen in das Duodenum behindern oder sogar hemmen. In erster Linie müssen wir energisch die unrichtige Art der Kleidung (Korsetts, Mieder, enge Kleider, Gürtel, Riemen) bekämpfen, das Korsett müssen wir absolut verbieten und das Tragen der Kleider auf Schulterbändern empfehlen. Leider hat sich die verkehrte Mode des Korsetttragens bei uns so eingewurzelt, daß das ärztliche Verbot für gewöhnlich nutzlos ist. Ja jede unserer Patientinnen nimmt sich Mühe, uns zu überzeugen, daß das Mieder ihr keineswegs schade, da sie es locker trage, obwohl deutliche Druckspuren dieser Behauptung widersprechen. Besondere Beachtung und ärztliche Sorgfalt verdient der Zustand der Bauchorgane im Wochenbett, und da, wo die Enteroptosis entstanden ist, sind entsprechende Bauchbinden zu empfehlen. Kranke, bei denen die Anfälle von Leberkolik ausschließlich, oder hauptsächlich während der Menstruation auftreten, dürfen während dieser Zeit das Bett nicht verlassen. Personen, welche an Cholelithiasis leiden, haben eine sitzende Lebensweise zu vermeiden, auf normale tägliche Entleerungen zu schauen. Sehr nützlich ist mäßige Bewegung, hingegen sind alle forcierten Bewegungen, wie z. B. Reiten, Rudern, Tanzen, schädlich. Gallensteinleidenden ist häufige Nahrungsaufnahme zu empfehlen, und längeres Fasten, im Sinne gänzlicher Abstinenz von Speise und Trank, nicht zu gestatten. Die Diät soll eine gemischte sein, Alkoholika sind zu verbieten, hydrotherapeutische Prozeduren, welche im allgemeinen den Organismus und besonders die erschlaffte Bauchpresse kräftigen, können nutzbringend sein. Den Steinleidenden ist Ruhe zu empfehlen, da nicht ohne Raison die Kranken häufig die Leberkolikanfälle heftigen Rührungen und moralischen Erschütterungen zuschreiben.

V.

Diagnose und Therapie der Leberkolik. Vorhandensein von Gallensteinen in den Stühlen. Gelbsucht. Schmerz. Differenzialdiagnose. Therapie der Kolik. Wärme. Abführmittel. Irrigationen. Narkotika. Antipyrin. Blutegel. Eis.

Indem wir zur kritischen Uebersicht der Heilmittel schreiten, welche bei der Steinkrankheit ihre Anwendung finden, kommt es mir vor allem zu, über die Therapie der Leberkolik zu sprechen. Bevor ich jedoch zur Therapie übergehe, gestatte ich mir einige Bemerkungen über die Diagnose der Leberkolik. Der Arzt, welcher zum erstenmale zu einem Kranken während eines Kolikanfalls geholt wird, hat eine zweifache diagnostische Aufgabe: er muß sich überzeugen, daß er es wirklich mit einem Leberkolikanfall zu tun hat und nachher entscheiden, ob der Anfall nur von Einklemmung des Steins im Gallengange herrührt oder aber hauptsächlich von einer Gallenblasenentzündung. Schnelle Orientierung ist sehr erwünscht, jedoch nicht immer möglich. Im Angesicht heftiger Schmerzen müssen wir häufig dieses oder jenes narkotische Mittel anwenden, bevor wir uns noch über das Wesen der Krankheit klar geworden sind. Erst nachdem der Kranke beruhigt ist, gewährt uns die Anamnese und genaues Erwägen der objektiven und subjektiven Symptome einen klareren Einblick in die Sache. Als wichtigste Anzeichen, welche unzweifelhaft die bestehende Gallensteinkrankheit konstatieren, muß das Vorhandensein von Steinen in den Exkrementen angesehen werden oder die während oder unmittelbar nach dem Anfalle auftretende Gelbsucht. Wir dürfen jedoch nicht vergessen, daß nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle ein Kolikanfall mit Ausscheidung von Steinen in das Duodenum beendet wird. Meistenteils bleiben die Steine nach beendigtem Anfalle in der Gallenblase oder in den Gallengängen. Andererseits werden Gallenkonkremente, besonders kleinere, nach Verlassen der Gallenwege manchmal im Darne zerlegt. Die Steine können auch eine Woche oder länger im Darne verbleiben, ehe sie mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Das Suchen nach Gallenkonkrementen im Kot nach einem Kolikanfall erfordert Systematik und Geduld, an denen es den Kranken häufig fehlt. Was die Gelbsucht anbelangt, so tritt dieses für die Diagnose der Steinkrankheit äußerst wichtige Symptom relativ selten während oder nach beendigtem Anfalle auf, indem Ikterus nur dann entsteht, wenn die Steine in den gemeinsamen Gallengang gestoßen werden oder wenn im Umkreise des bereits im D. choled. steckenden Steines sich eine Ent-

zündung entwickelt. Ob der Ikterus auch bei Entzündungsvorgängen in der Blase oder bei Einklemmung des Steines im Blasen-halse entstehen kann, wie dies R i e d e l und die Anhänger seiner Theorie annehmen, das ist eine bis nun noch unentschiedene Frage. Der Ikterus bei Steinkrankheit stammt, wie bekannt, von der Aufsaugung der Gallenfarbstoffe durch das Blut infolge Behinderung des Gallenabflusses. Der Grad des Ikterus ist abhängig von der Intensität des Entzündungszustandes im Umkreise des eingeklemmten Steines und davon, wie lange der Verschuß des Gallenganges dauert. Da, wo um den eingekleiteten Stein herum im Gallengange sich ein Entzündungszustand entwickelt, tritt sehr deutliche Gelbsucht auf, welche sich durch intensives Färben der Haut und Bindehaut der Augen, sowie durch entfärbte, tonartige Stühle charakterisiert; wenn dagegen keine Entzündung hinzutritt, so kann der Ikterus sogar bei Obturation des gemeinsamen Gallenganges durch einen großen Stein so schwach und von so kurzer Dauer sein, daß er leicht übersehen werden kann. Die Menge der aufgesaugten Galle ist in diesem Falle so unbedeutend, daß nur eine kaum merkliche Färbung der Bindehaut des Auges oder der Nachweis von Gallenfarbstoffen im Urin mit Hilfe der empfindlichsten Reagentien für das Vorhandensein des Ikterus spricht. Bei Fehlen von Ikterus oder bei Abgang von Gallensteinen führt uns die kritische Analyse der anderen Symptome, besonders des Schmerzes, sowie eine genaue Differentialdiagnose auf den richtigen Weg. Die Leberkolik charakterisiert sich durch einen heftigen, krampfartigen Schmerz, welcher die Gegend der Gallenblase und die ganze rechte Seite des Brustkastens bis zum Schulterblatt und der Wirbelsäule umfaßt. Die Kolikanfälle treten gewöhnlich plötzlich auf, in kleineren oder größeren unregelmäßigen Zeitintervallen, und dauern einige Stunden oder sogar einige Tage. Wenn die Schmerzen einige Tage dauern, so weisen sie häufig Remissionen und Exacerbationen auf. Die Schmerzen begleiten gewöhnlich starke Ueblichkeiten oder Erbrechen. Nicht immer jedoch sind die Schmerzen typisch für einen Leberkolikanfall charakteristisch. Der Schmerz lokalisiert sich häufig ausschließlich im Epigastrium oder an einer anderen, von der Leber ziemlich entfernten Stelle des Bauches. Für die Differentialdiagnose sind von Bedeutung: das peptische Magengeschwür, die von Tabes abhängige Gastralgie (die sogenannte *crises gastriques*), Nierensteinkrankheit, Enteralgie, schließlich die Entzündung des Wurmfortsatzes (*Appendicitis*). Bei

latent verlaufendem Magengeschwür treten die Schmerzen in Verbindung mit der Nahrungsaufnahme auf, gewöhnlich unmittelbar nach dem Essen, in viel häufigeren und regelmäßigeren Zeitabschnitten, wie bei der Gallensteinkrankheit. Die Schmerzen sind oft von Sodbrennen begleitet, welches vom Ueberschusse der Salzsäure im Magensaft abhängig ist, hingegen viel seltener von Ueblichkeiten oder Erbrechen, wie bei der Leberkolik. Nichtsdestoweniger können häufig diese diagnostischen Merkmale täuschen. Einerseits nämlich können Schmerzen bei Cholelithiasis sehr häufig auftreten, fast nach jedem Essen, besonders dort, wo Verwachsungen zwischen Gallenblase und Duodenum oder Pylorus vorhanden sind. Andererseits treten in manchen Formen des peptischen Geschwürs Schmerzanfälle in langen Zeitintervallen auf, wogegen in den anfallsfreien Perioden die Krankheit durch nichts sich offenbart. Vor Jahren beobachtete ich einen ähnlichen Fall. Er betraf eine kranke, nicht mehr junge Frau, bei welcher der sogenannte „Magenkrampf“ eine Reihe von Jahren hindurch sich einmal in einigen Monaten durch wenige oder mehrere Stunden wiederholte. Jedesmal nach beendigtem Anfalle fühlte sich die Kranke wohl, vertrug ausgezeichnet die Nahrung und klagte über keinerlei Beschwerden von Seiten des Magens. Es lag kein Grund zum Diagnostizieren eines Magengeschwürs im gegebenen Falle vor, und dennoch mußte ich durch plötzliches Blutbrechen, welches unvermutet nach mehrjähriger Krankheitsdauer auftrat, überzeugt werden, daß ich eine unrichtige Krankheitsdiagnose gestellt habe. Die Kranke genas nachher.

Sehr ähnlich zu Leberkolik kann ein Schmerzanfall im Epigastrium sein, der von Malaria herrührt (*Intermittens larvata*). Vor zwei Jahren habe ich solche Anfälle beim Kollegen D. beobachtet. Alle paar Tage bekam der Kollege D. ohne Diätfehler einige Stunden nach dem Mittagessen einen heftigen Schmerz im Epigastrium, verbunden mit Erbrechen. Die Schmerzen waren so heftig, daß der Kranke sich selbst subkutane Morphininjektionen machte. Es war weder Ikterus vorhanden, noch Temperaturschwankungen, der Magen war nicht dilatiert, der Verdauungsmechanismus zeigte sich normal, Leber und Milz waren nicht vergrößert. Den nächsten Tag nach dem Anfalle kehrte der Kranke zu seiner gewöhnlichen Berufstätigkeit zurück. Ich dachte zuerst an Colelithiasis, erst als ich nach einiger Zeit darauf aufmerksam wurde, daß die Anfälle periodisch jeden dritten Tag auftreten, und als ich

außerdem in Erfahrung brachte, daß Kollege D. vor Jahren an Malaria gelitten hatte, so verordnete ich Chinin mit vorzüglichem Erfolge.

Der tabetische Schmerz (*crises gastriques*), insofern er von anderen Symptomen der Tabes begleitet wird (Fehlen der Knireflexe, Unsicherheit des Ganges, Paralyse der Augenmuskeln u. s. w.) kann leicht von der Leberkolik unterschieden werden. Dagegen wird die Diagnose dort zweifelhaft, wo die *crises gastriques* das erste und einzige Symptom von Tabes sind, und selten, in längeren Zwischenräumen, auftreten. In zwei von mir behandelten Fällen ermöglichte erst ein längeres Beobachten der Kranken die eigentliche Diagnose.

Bei Nephrolithiasis lokalisieren sich die Schmerzen in der Lendengegend und strahlen in die Blase und Geschlechtsteile aus. Der Harn enthält oft Blut (*Haematuria*). Die größten diagnostischen Schwierigkeiten bieten jene Anfälle von Leberkolik, welche in Gestalt von Enteralgie verlaufen. Ich gestatte mir, einen solchen Fall aus der eigenen Praxis vorzuführen. Er betrifft den Ingenieur W., welcher durch eine ganze Reihe von Jahren alle paar Monate von mehr oder weniger starken Schmerzen in der Unterbauchgegend befallen wurde. Die Schmerzen hielten gewöhnlich kurz an, höchstens einige Stunden, und hörten nach Abführmitteln auf. Den letzten Anfall beobachtete ich im März 1900. Die Schmerzen waren auch damals im Hypogastrium lokalisiert und waren so heftig, daß ich dem Kranken Morphium einspritzen mußte. Den nächsten Tag trat Ikterus auf, anfangs ein leichter, später ein immer stärkerer. Trotz entsprechender Diät und mehrwöchentlicher Behandlung mit Karlsbader Wasser wurde der Ikterus nicht geringer. Der Patient war vollkommen schmerzfrei, aber die Abmagerung machte schnelle Fortschritte. Im April schickte ich den Kranken nach Karlsbad, indem ich ihn schon damals darauf vorbereitete, daß es wahrscheinlich nötig sein werde, den Stein mit Hilfe einer Operation aus dem Gallengange zu entfernen. Die Karlsbader Kur zeigte sich erfolglos. Am 24. Mai 1900 führte Prof. Körte in Berlin bei dem Kranken eine Choledochotomie aus und entfernte aus dem Innern des Gallenganges einen Stein von Haselnußgröße. Außerdem beseitigte er eine Anzahl von Konkrementen aus der kontrahierten Gallenblase und den Gallengängen. Der Kranke genas.

Die Unterscheidung der Leberkolikanfälle von Appendicitis

ist auch nicht immer leicht, besonders in Fällen von sogenanntem Appendicitis larvata (Ewald), wenn wir es dabei mit einer anormalen Lage des Wurmfortsatzes (das freie Ende nach oben gerichtet) zu tun haben, da in diesem Falle der Schmerz nicht im klassischen Mac Burney'schen Punkte lokalisiert ist. Uebrigens verlaufen Entzündung der Gallenblase und Appendicitis manchmal gleichzeitig (nach Kehr in 10%).

Für die Sache der Therapie wäre es ein höchst wichtiger Umstand, daß der Arzt in jedem Falle von Leberkolik erkennen möchte, ob der Anfall nur von Einklemmung des Steines im Gallengange abhängig ist oder hauptsächlich von einer Entzündung der Gallenblase und des dieselbe umgebenden Bauchfells (Cholecystitis und Pericholecystitis). Dort, wo wir während des Anfalls unter dem rechten Rippenbogen, an einer Stelle, welche mehr weniger der Lage der Gallenblase entspricht, einen schmerzhaften elastischen Tumor fühlen, welcher durch seine Gestalt an die Gallenblase mahnt, können wir von einem Vorhandensein von Cholecystitis acuta sprechen. Das Palpieren jedoch der entzündeten Gallenblase ist infolge der schmerzhaften Anspannung des rechten Musculus rectus abdominis meistens unmöglich, außerdem ist es schwer, den Fehler zu vermeiden, daß man den sogenannten Riedel'schen Lappen (der verlängerte rechte Leberlappen) für die Gallenblase ansieht. In einem meiner Fälle von Cholecystitis calculosa, welcher von Dr. Krajewski operiert wurde, stellte sich der birnförmige Tumor, welcher unter dem rechten Rippenbogen hervorragte und welchen ich für die mit Konkrementen und entzündlicher Flüssigkeit angefüllte Gallenblase nahm, bei der Operation als Riedel'scher Lappen dar, während die kontrahierte Gallenblase, welche Steine enthielt, sich hoch hinter diesem Lappen befand. (Die kranke Frau H. genas nach der Operation.) Andererseits beweist das Fehlen einer palpablen Gallenblase keineswegs, daß dieselbe nicht im Entzündungszustande sich befindet, da der Entzündungsvorgang sich in der hoch gelegenen Gallenblase abspielen kann, welche für die Untersuchung unzugänglich ist. Uebrigens verschwindet manchmal das Exsudat aus der Gallenblase schon nach den ersten 24 Stunden. Diese Frage wird häufig erst ex juvantibus entschieden. Bei Kolikanfall hat der Arzt vor allem die Pflicht, den Kranken zu beruhigen, den heftigen Schmerz zu lindern. In leichten Formen der Leberkolik genügt Wärme, in

einer oder der anderen Form (Umschläge von heißem Wasser, heiße Stürzen oder Teller unwickelt mit Wolltüchern, Katalpasmen aus Leinsamen, Bäder bis zu 32° R.), gewöhnlich von den Kranken oder deren Umgebung selbst angewendet, noch vor Ankunft des Arztes. Die Wärme wirkt als Mittel, welches die Kontraktion des Gallenganges aufhebt. Gleichen Erfolg weisen manchmal Abführmittel auf oder hohe Irrigation von warmem Wasser. Die einen, sowie die anderen regen die Peristaltik der Gallenwege an, indem sie auf diese Weise den kleinen Steinen den Uebergang in den Darm oder zurück in die Gallenblase erleichtern und außerdem Reizung, respektive Hyperämie der Darmschleimhaut hervorrufen, wodurch sie der entzündeten Gallenblase, respektive dem Gallengange Blut entziehen. Durch Anregung der Peristaltik der Gallenwege müssen wir uns auch das plötzliche Aufhören des Anfalles nach starkem Erbrechen in einigen Fällen von Leberkolik erklären. Bei einem stärkeren Anfalle kann man narkotischer Mittel (Morphium, Opium, Belladonna, Chloroform) nicht entbehren. Aus Rücksicht auf die die Koliken begleitenden Ueblichkeiten gebe man die Narcotica nicht per os. Das sicherste und wirksamste Mittel ist die subkutane Einspritzung von Morphinum oder das Anwenden desselben in Suppositorien. Die Morphinumdose soll nicht zu klein sein, nicht unter 0·015. In einigen Fällen habe ich mit gutem Erfolge Atropin angewendet (0·001 subkutan). Wenig wirksam zeigte sich dagegen Antipyrin. Bei schwachem kleinen Puls gebe man gleichzeitig mit narkotischen Mitteln auch Excitantia (subkutane Einspritzung von Kampferöl oder Koffein). Bei hartnäckigen, in die Länge sich ziehenden Anfällen von Gallensteinkolik, wo die lindernde Wirkung des Morphiums schnell vorübergeht, verschaffen Blutegel und Eis- oder Spiritusumschläge auf die Gallenblasengegend große Erleichterung. Es sind dies eben die Fälle von Entzündung der Gallenblase und der lokalen Reizung des Bauchfells (Cholecystitis und Pericholecystitis).

VI.

Interne und chirurgische Therapie. Steinlösende Mittel. Das Durande'sche Mittel. Aufgabe der internen Therapie. Gallentreibende Mittel: Salizylsaures Natron, die Gallensäurenalze, Podophyllin, Mineralwässer. Lithagoga: Oel und Glyzerin, Quecksilber, Jod, Methylenblau. Indikationen zum chirurgischen Eingreifen in der Gallensteinkrankheit.

Die eigentliche Therapie der Gallensteinkrankheit in den Pausen zwischen den Anfällen zerfällt in die innere und die chirurg-

gische Therapie. Mittel, welche die Gallenablagerungen im Organismus auflösen, kennen wir nicht. Von Mitteln, welche quasi die Eigenschaft haben, die Steine zu lösen, ist am meisten im Gebrauche das klassische Mittel *D u r a n d e s*, welches sich aus einem Teile Terpentinöl und vier Teilen Schwefeläther zusammensetzt, von welcher Mischung dreimal täglich 15—20 Tropfen zu nehmen sind, am besten in Form von Gelatinekapseln (Aether sulf. 0·12, Ol. tereb. 0·03), 3—4 auf einmal. Dieses Mittel hat bis jetzt noch eifrige Anhänger (*L e w a s c h e w*), trotzdem seine Wirkung sehr problematisch ist. In Anbetracht des Fehlens von Mitteln, welche die Gallenkonkremente im Organismus auflösen (in der Retorte löst das *D u r a n d e*'sche Mittel vorzüglich Gallensteine auf), hat die interne Therapie bei der Cholelithiasis in erster Linie den Zweck, die Bildung neuer Steine nicht zuzulassen und die Entstehung eines Entzündungszustandes in den Gallenwegen zu verhindern, mit anderen Worten, ein Latenzstadium herbeizuführen, in welchem die Steine durch nichts ihre Anwesenheit verraten. Erst auf dem zweiten Plan steht diejenige therapeutische Aufgabe, welche zum Zwecke hat, die Steine in den Darm zu treiben, was nur möglich ist für kleine Steine, welche nicht erst durch die infolge Entzündung entstandene Fistel durchgehen können, sondern auf dem gewöhnlichen Wege durch die Gallengänge in das Duodenum passieren. Da neue Steine, sowie auch Entzündungsvorgänge in den Gallenwegen bei der Steinkrankheit durch Störungen im Gallenkreislauf entstehen, so folgt daraus, daß das Streben des Therapeuten hauptsächlich darauf gehen soll, die Hindernisse für den Gallenabfluß zu bekämpfen. Diesem Ziele streben die hygienisch-diätetischen Mittel zu, die wir schon im Abschnitte über prophylaktische Therapie besprochen haben, diesen Zweck berücksichtigen aber auch die therapeutischen Mittel, welche wir weiter unten besprechen werden. Mit dem Anwenden von gallentreibenden Mitteln (Cholagoge) soll nicht bis zur Zeit des Auftretens von deutlichem Ikterus gezögert werden. Sie sind bei der Steinkrankheit überall dort angezeigt, wo die klinischen Symptome für Vorhandensein eines Hindernisses für den Gallenabfluß sprechen (häufige Kolikanfälle, kompliziert durch Entzündungsvorgänge), sogar bei Fehlen oder minimalen Spuren von Gallenfarbstoffen im Harn. Gerade in diesem Stadium sind die Cholagoga am wirksamsten. Dagegen ist ihre Wirkung zweifelhaft bei starker Gelbsucht, welche abhängig

ist von Verstopfung des gemeinsamen Gallenganges durch einen großen Stein, da unter diesen Bedingungen ein größerer Druck der Galle nicht imstande ist, das Hindernis zu überwältigen. Von den zahlreichen gallentreibenden Mitteln erhielten sich bisher in der Therapie das salizylsaure Natron und die Gallensäurenalze. Natrium salicylicum gibt man in Gaben von 0·5—1·0 dreimal täglich per se oder zusammen mit Natr. benzoicum. Einer der hiesigen bedeutenden Kliniker wendet häufig die Salze der Gallensäuren an. (Natrii taurocholicum, Natr. glycholicum, Ammonii mur., Pulv. Rad. Rhei aa 5·0 ut f. pilul. 75, dreimal täglich fünf Pillen.) Einige Fälle überzeugten mich von der Wirksamkeit dieses Mittels, trotzdem verschreibe ich es selten, wegen des hohen Preises, indem ich ein viel billigeres und nicht minder wirksames vorziehe: Natr. choleinicum v. Fel. Tauri depuratum siccum (Natr. choleinicum, Pulv. r. Rhei aa 10·0 ut f. pilul. 100. S. Zweimal täglich fünf Pillen. Von den Abführmitteln (Purgentia) gilt als gallenstein-treibend Podophyllin (Podophyllini 0·45, Extr. bellad. 0·36, Pulv. et extr. liquir. q. s. ad pilul. 30. S. Einigemal täglich eine Pille.)

Schon lange erfreuen sich eines verdienten Rufes in der Therapie der Gallensteinkrankheit die Mineralwässer, und zwar die alkalischen und alkalisch-salinischen, besonders das Karlsbader Wasser. Sogar eifrige Anhänger von chirurgischen Eingriffen bei der Steinkrankheit glauben an die Wirkung dieser Wässer und schicken ihre Patienten zur Kur nach Karlsbad, sei es vor, sei es nach der Operation an den Gallenwegen. Worauf eigentlich beruht die Wirkung des Karlsbader Wassers? Die einen schreiben den günstigen Einfluß der Karlsbader Quellen der Vergrößerung der Alkalität der Galle zu, andere erklären ihn durch die Eigenschaft, die Leber zu reichlicherer Gallenausscheidung anzuregen, einige schließlich durch die purgierende Eigenschaft. Nach Ansicht Riedels wirkt das Karlsbader Wasser bei Cholelithiasis nur in seiner Eigenschaft als purgierendes Mittel, welches durch Blutentziehung von der entzündeten Gallenblase den Schmerz lindert. Dieser Ansicht Riedels widerspricht jedoch die allen bekannte Tatsache, daß das Karlsbader Wasser in den gewöhnlichen Gaben, besonders warm getrunken, keineswegs eine abführende Wirkung besitzt. Hermann glaubt an die gallentreibende Wirkung des Karlsbader Wassers. Zur Unterstützung seiner Ansicht führt er folgende Tatsachen an: 1. Im Verlaufe der Karlsbader Kur nehmen die Stühle der Gallensteinkranken eine dunkle Fär-

bung an, trotz gleicher Diät während der ganzen Behandlungszeit; 2. bei Verschuß des gemeinsamen Gallenganges (infolge Obturation durch einen Stein oder eine Neubildung) tritt in den ersten Tagen der Behandlung mit Karlsbader Wasser eine intensivere Färbung der Haut und Bindehaut des Auges auf, sowie vermehrte Ausscheidung von Gallenfarbstoffen; 3. am deutlichsten offenbart sich die gallentreibende Wirkung des Karlsbader Wassers bei Kranken mit einer Gallenfistel, bei denen man die Steigerung der Gallenausscheidung in Abhängigkeit vom Trinken des Karlsbader Wassers beobachten kann. Dasselbe beobachtete auch Körte. Dank der gallentreibenden Wirkung der alkalischen Quellen verbleiben die Gallensteine durch längere Zeit im Ruhezustand. Dieser Gedanke wurde, wenn ich nicht irre, zum erstenmale von Hermann ausgesprochen.

Der Reihe nach gehen wir nun zu den steintreibenden Mitteln über (Lithagoga). Zu denselben gehören Oel und Glyzerin. Oel als Heilmittel gegen die Steinkrankheit wendete zum erstenmale der amerikanische Arzt Kennedy an. Rosenberg verbreitete diese Heilmethode in Deutschland. Die Wirksamkeit großer Gaben Oels bei Cholelithiasis ist unzweifelhaft, ich glaube aber nicht, daß die Wirkung dieses Mittels ausschließlich oder selbst hauptsächlich auf der Austreibung der Steine beruhen soll. Ich leugne nicht, daß bei sehr kleinen Steinchen das Oel als gutes Cholagogum wirken kann, indem es ihnen den Uebergang in den Darm erleichtert, aber in der Mehrzahl der Fälle führt Oel, ebenso wie obige Mittel, den erwünschten Ruhezustand für die Gallensteine herbei. Deshalb tritt auch bei Anwendung von Oel keineswegs häufig Ikterus auf, welcher immer Folge ist von Wanderung größerer Gallenkonkremente durch den gemeinsamen Gallengang. Zum Verdecken des unangenehmen Geschmacks des Oels fügt man demselben etwas Menthol und Kognak zu (auf 200 g Oel 20 g Kognak, 2 Eidotter und 0·2 Menthol auf zwei Gaben) oder man gibt es mit dem Saft von Kraut zu gleichen Teilen. In einigen Fällen wirkt auch günstig Glyzerin (Glycerini sargi 300·0. S. Dreimal täglich 1 Eßlöffel in 1/2 Glas Vichywasser).

Von den Quecksilberpräparaten wurden bis jetzt bei der Cholelithiasis nur das Kalomel und fast ausnahmslos nur bei akuten fiberhaften Gallensteinkrankheiten angewandt. Der gute Erfolg des Kalomels in den erwähnten Zuständen sei auf seine prompte abführende Wirkung zurückzuführen. Ein Schweizer Arzt,

Dr. G l a s e r, schlug jüngst zur Behandlung der Cholelithiasis Cholagen vor, dessen wichtiger Bestandteil das Quecksilber bildet. Diese Behandlungsmethode ist auf die Hypothese gegründet, daß die Cholelithiasis hauptsächlich eine Nervenkrankheit und nicht eine Infektionskrankheit ist. Es soll sich bei der Cholelithiasis in erster Linie um Funktionsstörungen der Sekretionsnerven der Leber, besonders der sympathischen, handeln. Als das geeignetste Mittel, welches mehreren Indikationen bei der Behandlung der Gallensteinkrankheit entspricht, betrachtet G l a s e r das Quecksilber, von dem er drei verschiedene Kombinationen mit aromatischen Pflanzenstoffen aus der Gruppe der abführenden und zugleich gallentreibenden Mittel (Podophyllum) und der blähungtreibenden und krampfstillenden Gewürze und Oele (Melisse, Kampfer, Kümmel) anfertigen läßt. Die drei verschiedenen „organischen“ Quecksilberpräparate, als Cholagen Nr. 1, 2 und 3 genannt, werden in Tablettenform verordnet. Verfasser will mit seinen Cholagentabletten vorzügliche Erfolge bei Cholelithiasis erzielt haben. Doch bleibt es abzuwarten, ob die Nachprüfungen von Seiten anderer Aerzte die glänzenden Resultate G l a s e r s bestätigen werden, zumal diese Behandlungsmethode einer streng wissenschaftlichen Begründung entbehrt.

Jodkali führte in die Therapie der Gallensteinkrankheit als erster D u n i n ein. Im Jahre 1896 veröffentlichte Dr. D u n i n eine ganze Reihe von Fällen, welche mit gutem Erfolge mit Jodkali behandelt wurden (0·3—0·6 zweimal täglich). Man muß aber gestehen, daß die Indikationen zum Anwenden dieses Mittels gegen Gallensteine durch Dr. D u n i n damals nicht genügend klargestellt wurden. Der Autor empfahl damals, Jodkali in den Fällen anzuwenden, in denen der Kranke keine heftigen Anfälle hat, sondern eine ganze Serie täglicher oder sogar noch öfterer Anfälle, welche ineinander übergehen und einen Zustand erzeugen, welchen die Franzosen „état de mal“ nennen. Vor sieben Jahren war in der Wissenschaft noch nicht die heutige Ansicht über das Wesen der Leberkolik festgewurzelt. Jetzt wissen wir, daß die häufigen, fast täglich sich wiederholenden Anfälle von Gallenkolik von Entzündungsvorgängen in der Gallenblase und den Gallengängen abhängen. Welches nun ist die Indikation zum Verordnen von Jodkali gegen Gallensteinkrankheit? Also meiner Ansicht nach ist Jodkali da indiziert, wo wir chroni-

sche Entzündung der Gallenwege konstatieren oder vermuten. Sehr gute Erfolge gab mir Jodkali bei Cholecystitis calculosa chronica. Ebenso habe ich mit gutem Erfolge Jodkali in einigen Fällen von Cholangitis infectiosa mit Ikterus und Fièvre intermittente hepatique (C h a r c o t) angewendet, wo in Anbetracht der Erfolglosigkeit anderer Mittel, Methylenblau und Karlsbader Wasser nicht ausgenommen, schon von einem chirurgischen Eingriff, respektive Choledochotomie gesprochen wurde. Die guten Erfolge beruhten vor allem darauf, daß die Temperaturschwankungen sofort aufhörten, so daß man an eine spezifische Wirkung von Jod auf die infektionserregenden Mikroorganismen (*B. coli*) denken konnte, sodann der Ikterus allmählich unter Einfluß von Jodkali sich verringerte. Deshalb empfehle ich auch wärmstens in ähnlichen verzweifelten Fällen Jodkali als „ultimum refugium“ vor Entschließung eines chirurgischen Eingriffes.

Dr. R e j c h m a n n schrieb unlängst (*Gazeta Lekarska*, I. J. Nr. 13) über die günstige Wirkung des Methylenblaus auf die infektiös-entzündlichen Vorgänge der Gallenblase und Gallengänge. Rp. Methyleni caerulei 0·03—0·1, Pulv. nuc. maschatae 0·10, m. f. pilul. D. tal. dos. ad c. amyl. N. 12. S. Dreimal täglich ein Pulver. (Muskatnußpulver fügt man zur Vermeidung der Reizung der Harnblase hinzu.) Ich selbst habe das Mittel bei Cholangitis nicht angewendet, aber ich sah einige Fälle, in denen die Kranken das ihnen von anderen Aerzten anempfohlene Methylenblau ohne Erfolg einnahmen.

Nicht immer jedoch ist die innere Therapie der Gallensteinkrankheit von Erfolg begleitet. In hartnäckigen Fällen, wo pharmakologische Präparate und Mineralwässer keine günstigen Resultate ergeben, tritt der chirurgische Eingriff in sein Recht. In ähnlichen Fällen zögere man nur nicht zu lange, die Hilfe des Chirurgen in Anspruch zu nehmen, und warte nicht, bis starke Abmagerung und Kräfteverfall die Chancen der Operation auf ein Minimum reduzieren. Unlängst hörten wir einen Vorwurf aus dem Munde eines Chirurgen, daß die Internisten im allgemeinen der Zweckmäßigkeit und Nützlichkeit der bei Cholelithiasis vorgenommenen operativen Eingriffe zu wenig Vertrauen entgegenbringen. Dieser Vorwurf ist tatsächlich berechtigt, aber in ein anderes Extrem verfallen wieder diejenigen Chirurgen, welche, an die Heilkraft der Karlsbader Quellen nicht glaubend, die Gallensteinkrankheit als ausschließlich eigenes Gebiet ansehen. Die Ansicht R i e d e l s,

daß man die Gallensteine entfernen müsse, so lange sie noch in der Gallenblase sich befinden, ist zu extrem. Nicht jeder Fall von festgestellter Gallensteinkrankheit soll Gegenstand einer chirurgischen Therapie sein. Die Therapie der Steinkrankheit kommt dann ins richtige Geleise, wenn einerseits der Chirurg gründlich den therapeutischen Wert der Mineralwässer und einiger pharmakologischer Präparate würdigt, die bei Cholelithiasis wirksam sind, anderseits der Internist die Fortschritte der modernen Chirurgie auf diesem Gebiete kennen lernt. Der Chirurg und der Internist, welche häufig über verschiedenes klinisches Material verfügen, sollen mit vereinten Kräften die Indikationen und Kontraindikationen zu operativen Eingriffen bei Cholelithiasis bestimmen.

Die Indikationen zu operativen Eingriffen bei der Steinkrankheit kann man in absolute und relative einteilen. Absolut sind die Indikationen dort, wo die interne Therapie von vorneherein hoffnungslos ist. Dahin gehören die schweren Komplikationen der Steinkrankheit, wie Perforation in die Peritonealhöhle, Leberabszeß, Zwerchfellabszeß und Verwachsungen der Gallenblase, respektive der Gallengänge mit den Nachbarorganen (Pylorus, Duodenum, Querdarm oder wurmförmiger Fortsatz), welche infolge von Dislokation und Knickung dieser Organe bald unaufhörliche Schmerzen, bald andere schwere Zufälle hervorrufen, wodurch sie den Organismus des Kranken untergraben.

Eine meiner Patientinnen, Frau P., mit chronischer Obturation des Gallenganges und Cholangitis suppur., ließ sich erst, durch hartnäckiges Erbrechen in hohem Grade geschwächt, zu einer Operation bewegen, welche im August vorigen Jahres Prof. K e h r r in Halberstadt ausführte. Am Operationstisch wurde gefunden: eine Fistel zwischen der Gallenblase und dem Colon transversum, ein Stein von Haselnußgröße im gemeinsamen Gallengange (in parte retroduodenale), mit Eiter vermengte Galle im Ductus hepaticus, schließlich Knickung des Duodenums infolge entzündlichen Verwachsungen. In diesem Falle war die Verengung des Duodenums die unmittelbare Ursache des unaufhörlichen Erbrechens. Die Kranke starb zwei Wochen nach der Operation unter Erscheinungen von starker Kachexie.

Relative Indikationen für Operationen bei Steinkrankheit bestehen dort, wo die interne Therapie noch geringere oder größere Chancen bietet. Erst wenn die interne Behandlung sich machtlos

zeigt, muß zur Operation geschritten werden. Allzu lange jedoch möge man in diesen Fällen das Zuziehen von chirurgischer Hilfe nicht hinausschieben. Die Operation ist dann anzuraten, wenn das Allgemeinbefinden des Kranken auf guten Erfolg nach der Operation hoffen läßt. Als relativ betrachte ich folgende Indikationen:

1. *Hydrops vesicae felleae*. Die Gallenblasenwassersucht, hervorgerufen durch Verschuß des Blauganges durch einen Stein oder durch eine nach Durchgang des Steines zurückgebliebene narbenförmige Verengerung des Ganges, beansprucht nicht immer chirurgische Behandlung. Das Leiden wird häufig behoben unter Einfluß von Bädern, Jodkali oder Mineralwässer, in hartnäckigen Fällen jedoch muß man eine Cholecystotomie ausführen und manchmal eine ergänzende Cysticotomie.

2. *Empyema vesicae felleae* (Cholecystitis suppur.). Nachdem man beim Kranken eitrige Entzündung der Gallenblase konstatiert hat, zögere man nicht allzulange mit der chirurgischen Intervention, obgleich auch hier Fälle von Genesung nach Anwendung von konservativer Behandlung vorkommen. Die Genesung, selbstverständlich eine relative, kann man auf diese Weise erklären, daß dank dem Fortschieben des Steines in das Duodenum oder wieder Zurückfallen in die Gallenblase der Verschuß aufhört. Infolge der entstandenen Durchgangbarkeit nun findet der eitrige Inhalt der Gallenblase seinen freien Ausgang in den Darm. Einen sehr lehrreichen Fall von Gallenblasenempyem, welcher die Möglichkeit dieser Art von selbständiger Heilung illustriert, habe ich vor acht Jahren beobachtet. Der Fall betraf die Kranke Brz., eine unbemittelte Frau, welche sich an einen Wohltätigkeitsverein um Unterstützung zu einer Karlsbader Reise wandte. Um meine Ansicht befragt, erklärte ich nach Untersuchung der Kranken, daß ihr die Reise nach Karlsbad nicht viel nützen werde, da ein Fall von Cholecyst. calcul. suppur. vorliege, welcher eines chirurgischen Eingriffes bedürfe. (Die vergrößerte pralle Gallenblase reichte bis zur horizontalen Nabellinie.) Die Kranke verlor ich dann aus den Augen und sah sie zufällig nach einem Jahre wieder auf der Abteilung des Dr. O d e r f e l d, wohin die Kranke heftige, häufig sich wiederholende Anfälle von Leberkolik geführt hatten. Auf dem Operationstisch erwies sich die Gallenblase als klein, enthielt weder Eiter noch Gallensteine, hingegen bestanden starke Verwachsungen der Gallenblase mit dem Duodenum und dem Querkolon. Die Operation beruhte auf Durchschneiden der Ver-

wachungen. — In einigen von mir beobachteten Fällen von unzweifelhaftem Empyem der Gallenblase war die interne Behandlung von günstigem Erfolge begleitet. In einigen anderen mußte Cholecystotomie vorgenommen werden. Der erste von diesen wurde vor zehn Jahren (26. April 1893) durch den verstorbenen Dr. J a w d y n s k i operiert. Die operative Behandlung des Empyems der Gallenblase beruht auf Ausführung von Cholecystotomie oder Cholecystectomy (völliges Ausschneiden der Gallenblase). Die letztere Operation, welche zum erstenmale im Jahre 1882 durch L a n g e n b u s c h ausgeführt wurde, fand einen eifrigen Anhänger in K e h r. Die Cholecystectomy hat den Vorteil, daß sie den Patienten am meisten vor Rezidiven schützt. Das Ausschneiden der Gallenblase ist dort indiziert, wo deren Wände infolge von langdauerndem entzündlichen Zustand tiefergehende Veränderungen erlitten haben.

3. *Cholangitis suppur. et infectiosa*. Das, was über die Indikationen zu Operationen bei Cholecyst. suppur. gesagt wurde, gilt in gleichem Maße für Cholangitis suppur. und noch mehr für Angiochol. infect. Wenn bei Anwesenheit eines Steines im gemeinsamen Gallengange Symptome einer eitrigen oder septischen Entzündung des Ganges auftreten (Fiebere intermittente *Charcots*), so ist Operation anzuraten, wenn die interne Therapie, durch eine bis zwei Wochen angewendet, erfolglos bleibt. Schon oben habe ich die günstigen Erfolge erwähnt, welche ich von Jodkali in zwei Fällen von Cholangitis infect. erhalten habe. Ich erinnere hier nochmals, daß ein Stein, welcher im Gallengange stecken blieb und als Herd der Infektion der Gallenblasengänge dient, nicht immer seine Anwesenheit durch ständigen Ikterus verrät. So hängen auch pyämische Zustände unbekannter Ursprungs im Organismus (kryptogene Pyämie) häufig von einem in den Falten der Gallengangschleimhaut verborgenen Steine ab. In zwei Fällen gelang es mir, trotz Fehlens von Ikterus, das Vorhandensein eines Steines im Gallengange als Quelle der von Zeit zu Zeit auftretenden Schüttelfröste, Fieber und Schweißausbrüche zu entdecken, in dem einen auf Grund der Anamnese, in dem anderen per exclusionem. Bei einem dieser Kranken, Herrn P., trat einige Monate später hartnäckiger Ikterus auf, welcher mit Hilfe des Karlsbader Wassers nicht beseitigt werden konnte. Bei diesem Kranken führte Prof. v. E i s e l s b e r g in Königsberg am 20. Februar 1900 eine Choledochotomie mit günstigem Resultate

aus. Der zweite Patient, Herr N. aus Lodz, galt durch längere Zeit als malariakrank und wurde ohne Erfolg mit großen Chinindosen behandelt. Aus der Anamnese erfuhr ich, daß die Anfälle in unregelmäßigen Zeitintervallen auftraten. Objektive Untersuchung ergab keine Milzschwellung. Ebenso konnte auch in den übrigen Organen kein Ausgangspunkt für Fieberanfälle pyämischen Charakters gefunden werden. Den Kranken sah ich im August vorigen Jahres, und damals sprach ich die Vermutung aus, daß wir es mit *Angiochol. infect.* zu tun haben, welche durch die Anwesenheit eines Steines im Gallengange hervorgerufen ist. Nach einigen Wochen trat bei dem Kranken Ikterus auf, und im Oktober traf ich ihn in Karlsbad, wohin er zu einer mehrwöchentlichen Kur gekommen war. Ueber die weiteren Schicksale des Kranken ist mir nichts bekannt.

Ich gestatte mir noch einen Fall von *Cholang. calc. infect.* aus eigener Beobachtung vorzuführen. Der Fall betraf Frau H., eine 44jährige Frau, welche seit mehreren Jahren zwei- bis dreimal jährlich von sogenanntem „Magenkrampf“ befallen wurde. In den letzten drei Jahren traten die Anfälle häufiger auf, jedoch immer ohne Ikterus und Fieber. Im Jahre 1895 schickte ich Frau H. nach Karlsbad zur Kur als gallensteinleidend. Ende November 1897 gesellten sich zum erstenmale zur Leberkolik heftige Schüttelfröste, bis auf 39·5 erhöhte Temperatur und starker Schweiß. Am dritten Tage nach dem Anfalle konnte man leicht ikterische Färbung der Augenbindehaut bemerken, sowie dunklere Harnfärbung. Von jener Zeit an wiederholten sich ähnliche Anfälle alle drei bis fünf Tage, wobei die Fieberperiode nie länger als höchstens einige Stunden dauerte. Die Kranke unterzog sich auf meinem Rat einer Operation, welche Prof. Mikulicz in Breslau am 27. Dezember 1897 vollzog. Es zeigte sich, daß die Gallenblase mit der vorderen Bauchwand verwachsen war. In diesem Falle wurde keine Cholecystotomie ausgeführt, sondern man begnügte sich mit Cholecystotomie. Aus der Gallenblase wurde eine reichliche Anzahl von größeren Steinen entfernt, worauf die Wunde drainiert und tamponiert wurde. Im Verlaufe der ersten zwei Wochen nach der Operation schied sich fortwährend reichlich Galle aus. Erst am 15. Jänner waren die Entleerungen zum erstenmal gefärbt. Die Wunde begann schnell sich zu verkleinern. Am 31. Jänner verließ Frau H. bei gutem Gesundheitszustand die Klinik von Prof. Mikulicz.

Schon oben war die Rede davon, daß eitrige oder septische Entzündung der Gallenwege, bedingt durch Anwesenheit infizierter Gallensteine, meistens chirurgischen Eingreifens bedürfe. Wenn der Internist in solchen Fällen die Wirksamkeit innerer Mittel ausprobieren will, so sollen wenigstens die Proben nicht allzu lange dauern, da Periculum in mora besteht. Es ist wahr, daß auch verzweifelte Fälle von Cholang. suppur. oder infect. vorkommen, wo der Arzt nach Erschöpfung der möglichen inneren Mittel die einzige Rettung in einer Operation sieht und welche trotzdem ohne eine solche in Genesung ausgehen. Es sind dies jedoch Ausnahmefälle, in denen die Steine durch eine Fistel zwischen den Gallenwegen und dem Darne ausgeschieden werden. Auf eine solche Eventualität kann man weder von vornherein zählen, noch auch voraussehen, ob die Perforation in der erwünschten Richtung erfolgen wird. Ohne Verständnis der Tatsache werden solche Ausnahmen verallgemeinert und ganz mit Unrecht als Beweise von allzu großer Bereitwilligkeit der Chirurgen zu Operationen an den Gallenwegen zitiert. Diesen allenfalls seltenen Fällen kann ein jeder von uns vielleicht eine ganze Reihe anderer entgegenstellen, wo die Kranken das Nichteinverständensein mit einer chirurgischen Intervention mit dem Tode büßten, welchen eine Operation verhütet haben könnte.

4. Chronischer Choledochusverschluß, nicht kompliziert mit Fieber, berechtigt noch mehr den Internisten zu Proben mit innerer Behandlung vor Uebergabe des Kranken an den Chirurgen. Sogar in hartnäckigen Fällen liefert längere Behandlung mit Mineralwässer, besonders mehrwöchentliche Kur in Karlsbad selbst, manchmal sehr gute Resultate. Wenn jedoch die interne Behandlung, durch einige Monate angewendet, sich erfolglos zeigt und keine Neigung zur völligen Latenz besteht, so muß der im Gallengange eingeklemmte Stein auf operativem Wege entfernt werden, da dem Kranken von Seiten des langwierigen Ikterus Kachexie und Cirrhosis bilialis droht, und bei älteren Leuten eine gefahrdrohende Komplikation, der Krebs der Gallengänge. Am besten soll die Operation im freien Intervall, wenn Fieber und Koliken fehlen, ausgeführt werden.

5. Chronische, häufig wiederkehrende Entzündung der Gallenblase. Wenn obige Formen der Steinkrankheit allenfalls mehr in das Gebiet der Chirurgie, als der internen Therapie gehören, da häufig nach fruchtlosen Proben

mit interner Behandlung die Notwendigkeit eines operativen Eingreifens eintritt, so wird um die chronische rezidivierende Entzündung der Gallenblase zwischen Internisten und Chirurgen ein heftiger Kampf geführt, da sowohl die einen, wie die anderen dieselbe als eigenes Gebiet ansehen. Es ist jedoch notwendig, auf eine gewisse Wendung aufmerksam zu machen, welche die Ansicht der Chirurgen in dieser Sache erfahren hat. Bedeutende Chirurgen, welche sehr große Erfahrung in der Chirurgie der Gallenwege besitzen, wie K e h r und K ö r t e, haben die Indikationen für die Operation in der betreffenden Form der Gallensteinkrankheit auf ein Minimum reduziert. Nach K e h r s Ansicht bestehen hier andere Indikationen bei armen, als bei reichen Leuten, und zwar sei bei unbemittelten Leuten, welche sich die teure Karlsbader Kur nicht leisten können und denen häufige Anfälle in der Ausübung des Berufes hinderlich sind, die Operation angezeigt, hingegen mögen Personen, denen es an Geldmitteln nicht fehlt, in einer Karlsbader Kur Linderung suchen. In der Diskussion, welche sich vor nicht langer Zeit im Berliner Aerzterein aus Anlaß der Vorlesung K ö r t e s entwickelt hat, betonte R o s e n h e i m, daß nicht das Karlsbader Wasser, sondern die diätetische Behandlung und das Einhalten der Ruhe, die sogenannte Ruhekur (Liegen im Bette) die wichtigsten Faktoren in der Behandlung der Cholecyst. chron. seien, da die Kolikanfälle bei chronischer rezidivierender Entzündung der Gallenblase hauptsächlich von entzündlichen Verwachsungen abhängig seien. Weiter müsse man sorgfältige Beachtung dem Zustande des Magens widmen, besonders seiner mechanischen Zulänglichkeit, welche häufig durch entzündliche Verwachsungen zwischen der Gallenblase, respektive den Gallengängen und dem Magen oder Duodenum beeinträchtigt ist.

Noch vorher machte auf die Wichtigkeit, solche Kranke im Bette zu behandeln, der Karlsbader Arzt v. A l d o r aufmerksam. Derselbe empfiehlt seinen Kranken, außer Liegen im Bette bis zur vollständigen Heilung, heiße Kataplasmen auf die Gallenblasengegend (von 7—12 und von 2—7 Uhr) und ziemlich große Gaben Karlsbader Wassers (von 700 cm³ bis 1·5 l pro die).

Wenn wir berücksichtigen, daß einerseits die innere Behandlung der chronischen Form der Entzündung der Gallenblase und des sie umgebenden Bauchfells ziemlich gute Resultate ergibt, anderseits die chirurgische Behandlung den Kranken vor Rezidiven nicht schützt (ob Steine nach der Operation neuerdings sich bilden

können, wie es K ö r t e zugibt, oder, wie K e h r glaubt, die Rezidiven immer von Steinen abhängig sind, welche in den Falten der Gallenwege zurückbleiben und während der Operation nicht bemerkt wurden, das ändert nichts an der Tatsache) und sogenannte nachoperative Verwachsungen bewirkt, so müssen wir zu der Folgerung gelangen, daß bei chronischer Entzündung der Gallenblase nur ausnahmsweise zu chirurgischem Einschreiten Zuflucht genommen werden soll.

Vollkommen überflüssig ist die chirurgische Behandlung in Fällen von akuter Entzündung der Gallenblase und akutem Verschlusß des D. choledochus, wie auch in Fällen von häufig wiederkehrenden Ikterus mit Abgang von kleinen Steinen.

Ich schließe nun diese Arbeit, indem ich neuerdings daran erinnere, daß die innere Therapie in der Gallensteinkrankheit keineswegs zum Zwecke hat, die in den Gallenwegen befindlichen Steine zu entfernen, sondern die Heilung der Entzündungszustände in der Gallenblase, respektive den Gallengängen und des sie umgebenden Bauchfells.

Literatur:

- Charcot, *Leçons sur les maladies du foie*. Paris 1877.
- Riedel, Ueber den zungenförmigen Fortsatz der Leber. *Berl. klin. Wochenschr.* 1888.
- Riedel, *Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit*. Berlin 1892.
- Naunyn, *Verhandlungen des Kongresses für die innere Medizin*. Leipzig 1892.
- Naunyn, *Klinik der Cholelithiasis*. Leipzig 1892.
- Körte, *Volkmanns Samml. klin. Vorträge*. Nr. 40, 1892.
- Dmochowski und Janowski, Zwei Fälle von eitriger Entzündung der Gallenwege. *Gaz. lek.*, Nr. 51 u. 52, 1893.
- Kehr, Ein Rückblick auf 209 Gallensteinoperationen. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. 53, H. 2, 1896.
- Kehr, *Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. Berlin 1896.
- Riedel, *Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit*. *Handb. d. spez. Path. u. Ther. von Penzold u. Stinzing*. Bd. 4, 1896.
- Gilbert et Fournier, *Du rôle des microbes dans la genèse des calculs biliaires*. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Nr. 13, 1896.
- Dunin, Ueber die Behandlung der Cholelithiasis mit Jodkalium. *Gaz. lek.*, Nr. 22, 1896.
- Dominici, *Des angiocholites et cholécystites suppurées*. Thèse de Paris. 1897.
- Mignot, *L'origine microbienne des calculs biliaires*. *Arch. génér. de méd.*, 1898.
- Gilbert et Fournier, *Pathogénie de la lithiase biliaire*. *Presse méd.* Nr. 41, 1898.
- Gilbert, *Note pour servir à l'histoire de la théorie microbienne de la lithiase biliaire*. *Arch. génér. de méd.*, 1898.
- Riedel, *Zur Pathogenese und Diagnose des Gallensteinkolikankalles*. *Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, Bd. 3, H. 2, 1898.

- Kehr, Eilers und Lucke, Bericht über 197 Gallensteinoperationen aus den letzten $2\frac{3}{4}$ Jahren. Arch. f. klin. Chir., Bd. 58, H. 3, 1899.
- Naunyn. Ueber die Vorgänge bei der Cholelithiasis, welche die Indikation zur Operation entscheiden. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 4, H. 1, 1899.
- Hermann, Beiträge zur Frage: Ist die Cholelithiasis intern oder chirurgisch zu heilen? Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 4, H. 2, 1899.
- Riedel, Zur Debatte über die Gallensteinfrage etc. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 4, H. 4, 1899.
- Naunyn, Schlußwort zur gleichen Diskussion. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 4, H. 1, 1899.
- Quincke und Hoppe-Seyler, Die Krankheiten der Leber. Nothnagels spezielle Pathologie und Therapie, 1899.
- v. Mieczkowski, Zur Bakteriologie des Gallenblaseninhaltes unter normalen Bedingungen und bei Cholelithiasis. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 6, 1900.
- Hermann, Ueber Rezidive nach Gallensteinoperationen. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 6, 1900.
- Miyake, Zur experimentellen Erzeugung der Gallensteine mit besonderer Berücksichtigung des bakteriellen Verhaltens der Gallenwege. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 6, H. 4 u. 5, 1900.
- Ehret und Stolz, Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Cholelithiasis. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 6, H. 3., 1900, und Bd. 8, H. 1—2 u. H. 4—5, 1901.
- J. Müller, Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung. Würzburger Abhandlungen, 1901.
- Ehret und Stolz, Zur Lehre des entzündlichen Stauungsikterus bei der Cholelithiasis. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 10, H. 1—2, 1902.
- v. Aldor, Die innere Behandlung der Gallensteinkrankheit. Arch. f. Verdauungskrankheiten, Bd. 8, H. 6, 1902.
- Kehr, Ein Rückblick auf 720 Gallensteinlaparatomien, unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hepatikusdrainagen. XII. Jahresbericht der Kehr-Rohdenschenschen Privatklinik in Halberstadt, 1902.
- R. Tripier et J. Paviot, Pathogénie péritonique de la „colique, hépatique“ et de crises douloureuses épigastriques. La Semaine médicale, Nr. 4, 1903.
- Körte, Ueber die Indikation zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis und Cholecystitis. Deutsche med. Woch., Nr. 15, 1903.
- Kehr, Die chirurgische Behandlung des akuten und chronischen Choledochusverschlusses durch Stein und Tumor. Münch. med. Woch., Nr. 22, 1903.
- Glaser, Die Heilung der Cholelithiasis durch Cholagen. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, Nr. 3, 1903.
-

REFERATE.

Interne Medizin.

Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit. Von Dr. Kirnberger.

Da das Sekret der Schilddrüse stark jodhaltig ist und die Basedow'sche Krankheit als Hyperthyreoidismus aufzufassen ist, meinte K., ob nicht vermehrte Jodproduktion neben anderen Drüsenprodukten zur Hervorrufung einzelner Symptome, insbesondere der im Verlauf der Krankheit eintretenden Abmagerung beitragen könne. Deshalb versuchte er ein Jodantidot, das sulfanilsaure Natron, 10·0 g pro Tag. Das Mittel ward sehr gut vertragen, vermehrte in allen Fällen den Appetit, die Patienten nahmen an Gewicht zu und das Schwächegefühl wich einem subjektiven Wohlbefinden. Nur in zwei Fällen konnte auch eine Verkleinerung des Kropfes, doch in allen Fällen eine Erniedrigung der Pulsfrequenz erzielt werden. Tremor blieb unbeeinflusst. — (Therapie d. Gegenwart Nr. 7, 1903.)

Hydrops intermittens. Heilung durch Jodoformglyzerlinjektion. Von Dr. Wiesinger.

40 Jahre alter Kaufmann leidet seit fünf Jahren alle zehn Tage an Anschwellungen des linken Kniegelenkes, während es in den Zwischenzeiten ganz gesund sei, ihm Treppensteigen und die weitesten Wege zu gehen ohne Beschwerden gestattet. Die Anfälle erfolgten in bestimmten Zwischenräumen. Das linke Knie schwell dann an, wurde heiß, und es stellten sich erhebliche Schmerzen in demselben ein, die beim Liegen schlimmer, beim Umhergehen eher besser wurden. Besonders nachts seien die Beschwerden unerträglich. Dieser Zustand dauere jedesmal nur etwa einen Tag. Schon nach zehn bis zwölf Stunden sei die Akme überschritten, um dann langsam der Norm Platz zu machen. Nach einem Tage sei das Kniegelenk wieder abgeschwollen, völlig beschwerdefrei.

Die Untersuchung ließ im Knie außer leichtem Reiben krankhafte Veränderungen nicht erkennen. Als ätiologisches Moment ließ sich weder Rheumatismus, noch Trauma nachweisen. Nervenerkrankungen waren nicht vorhanden. Die Untersuchung während des Anfalls zeigte das Knie prall gefüllt, eine Umfangszunahme von 3—4 cm. Die Haut fühlte sich etwas wärmer an, war nicht gerötet,

auf Druck ziemlich schmerzhaft. Die Bewegungen im Gelenk erheblich beschränkt, Gehen steif, etwas beschwerlich.

Da alle internen Mittel schon seit Jahren erfolglos gebraucht worden waren, schlug W. Punktion des Gelenkes mit nachfolgender Jodoforminjektion vor.

Die Injektion wurde während des Anfalls ausgeführt. Es entleerte sich aus dem Gelenk klares, gelbliches Serum, welches mikroskopisch einige Lymphozyten enthielt. Die bakteriologische Untersuchung blieb negativ. 10 cm³ Jodoformglyzerin wurden eingespritzt. Es folgte eine mäßige Reaktion, die nach sechs Tagen verschwunden war. Eine geringe Anschwellung erforderte noch kurze Zeit Massage. Seit der Zeit sind die Anfälle fortgeblieben. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35, 1903.)

Weitere Beobachtungen über die Pilocarpinbehandlung der croupösen Pneumonien. Von Dr. Otto Pelzl.

Die vom Vf. bereits berichteten günstigen Erfolge dieser Behandlung bewogen ihn, seine Versuche fortzusetzen und berichtet er jetzt über 33 weitere Fälle.

Die Anwendung des Polikarpins geschah stets durch einmalige innerliche Verabreichung der durch Versuche festgestellten Minimaldosis (20 Tropfen einer 1%igen Lösung), wodurch eine mächtige Diaphorese verursacht wurde.

In der Regel wurde das Diaphoretikum erst am zweiten Behandlungstage gereicht, nachdem am ersten Behandlungstage Digitalis verordnet worden war, wenn der Puls nicht ohnehin kräftig und voll war.

Das Gesamtergebnis der Beobachtungen in dieser Versuchsserie war also im allgemeinen dasselbe wie in der ersten Serie. Die Hälfte der Prozesse reagierte binnen 48 Stunden mit dem Einsetzen des endgiltigen Fieberabfalles nach der Pilocarpinanwendung, ein Drittel bloß mit einem vorübergehenden Temperaturabfall, bei dem Rest trat die Entfieberung erst in einem späteren Termine auf. Mit Rücksicht auf den milderen Verlauf kann jedoch auch in diesen Fällen nicht von einem Mißerfolge gesprochen werden, da ja das subjektive Wohlbefinden der Kranken nach dem Schweißausbruche, welches sich in der Abnahme der Dyspnoë und Schmerzhaftigkeit des Hustens, der leichteren Expektion und im Eintreten eines mehrstündigen Schlafes auch äußerlich bekundete, als ein an sich befriedigender, durch kein anderes Mittel

ohne schädliche Nachwirkungen zu erreichender Erfolg bezeichnet werden muß.

Unleugbar spricht der durchwegs günstige Ausgang sämtlicher mit Pilokarpin behandelter Lungenentzündungen für die vorzügliche Verwendbarkeit dieser Therapie bei im kräftigen Lebensalter stehenden Patienten, nachdem statistisch nachgewiesen ist, daß die Mortalität der croupösen Pneumonie die durchschnittliche Höhe von 6—7% der Erkrankungen erreicht. — (Wien. med. Presse Nr. 37, 1903.)

Zur Frage der Kochsalz- und Flüssigkeitszufuhr bei Herz- und Nierenkranken. Von Prof. H. Strauß.

Das Charakteristikum des Urins bei kardialen Hydropsien liegt in der Oligohydrurie bei normalem oder leicht erhöhtem prozentualem Kochsalzgehalt, während bei renaler Hydropsie meist eine nur wenig erniedrigte Urinmenge und ein stärker erniedrigter prozentualer Kochsalzgehalt anzutreffen ist, wenn die Kompensationsstörung nicht einen gewissen Grad überschritten hat. Bei maximaler Kompensationsstörung wird dieser Unterschied der beiden Formen verwischt. Die Gesamtausfuhr des Kochsalzes ist bei den kardialen Kompensationsstörungen jedesmal, auch bei nicht hohem Grade und bei normalem Prozentgehalt häufig erniedrigt, so wie bei den renalen Hydropsien. Unter dem Einfluß einer Kochsalzzulage zur Nahrung fällt im Stadium der Kompensationsstörung die Steigerung der Kochsalzausfuhr geringer aus als bei Gesunden oder denselben Herzkranken von der Kompensationsstörung. Die Frage ist nun, ob neben der indirekten durch Flüssigkeitsretention bedingten Verminderung der Kochsalzausscheidung noch eine direkte Kochretention möglich ist. Für letztere spricht der größere Kochsalzreichtum der Gewebe von Kranken, welche an dauernder Kompensationsstörung verstorben sind, sowie die im Verhältnis zur Steigerung der Wasserausfuhr viel größere Zunahme der Kochsalzausscheidung infolge von Herztonizis oder Diuretizis. Doch dürften die Kochsalzretentionen bei kardialen Hydropsien geringer und seltener sein als bei renaler. Daraus ergeben sich einige Schlüsse für die Therapie der Hydropsien. Zunächst wäre bei renalen Hydropsien mit annähernd normalen Harnmengen eine Reduktion der Kochsalzzufuhr wichtiger als die der Wasserzufuhr. Diese kommt daneben allerdings sodann in Betracht, wenn nur sehr geringe Mengen eines äußerst koehsalzarmen Urins ausgeschieden werden. Bei den kardialen Hydropsien scheint es St. geboten, das

Hauptaugenmerk auf die Reduktion der Flüssigkeitszufuhr zu werfen, doch wird man dennoch jedes Uebermaß in der Kochsalzaufnahme möglichst zu vermeiden trachten. Reduktion des letzteren Faktors ist in Fällen von maximaler Kompensationsstörung geboten. — (Therapie d. Gegenwart Nr. 10, 1903.)

Zur Physiologie und Pharmakodynamik der Kieselsäure. Von H. Schulz.

Die Kieselsäure ist ein integrierender Bestandteil des Bindegewebes. Ueberall, wo sich Bindegewebe vorfindet, begegnet uns die Kieselsäure. Aus dem Gehalte der Asche an Kieselsäure können wir direkt einen Rückschluß machen darauf, ob das untersuchte Organ reich war an Bindegewebe oder nicht. Die Mittelwerte aus Analysen menschlicher Gewebe ergaben in dieser Hinsicht folgendes Bild der Kieselsäureverteilung, wobei die ihr entsprechenden Zahlen in Milligramm auf je 1 kg wasserfreien Gewebes berechnet sind:

Muskel	24	Dura mater	87
Haut	45	Fascie	106
Sehnen	64		

Das Verhältnis für die Kieselsäure stellt sich für die untersuchten Gewebe nahezu wie 1 : 2 : 3 : 4 : 5. Es steigt regelmäßig mit dem zunehmenden Gehalte an Bindegewebe. Weniger regelmäßig, aber ebenfalls mit aller Deutlichkeit findet sich diese Beziehung zwischen Kieselsäure und Bindegewebe bei Tieren. Analysen ergaben für die verschiedenen Teile des Rindes folgende, wie die vorigen berechneten Werte:

Muskel	42	Bulbuskapsel	114
Aorta	99	Milzkapsel	188
Sehne	109	Glaskörper	581

Reichlich Kieselsäure erhielt S. ferner aus anderem bindegewebigen Material verschiedener Herkunft, so in größerer Menge in der Gelatine, in dem aus ihr dargestellten Glutin und endlich in der W h a r t o'n'schen Sulze menschlicher Nabelstränge. Die Muskelkieselsäure junger menschlicher Individuen zu deren Alter verhält sich wie 10 zu 8, die Hautkieselsäure im gleichen Verhältnisse wie 10 zu 7 und die Sehnenkieselsäure wie 10 zu 5. Also: Je jünger das Material, umso höher der Kieselgehalt.

Das wesentliche Resultat ist, also: Der tierische und der menschliche Organismus ist angewiesen auf das Vorhandensein einer bestimmten Menge von Kieselsäure, beziehentlich von Silizium.

Versuche über den Einfluß von Kieselsäure auf den Menschen wurden durch längere Zeit an gesunden Personen von S. ausgeführt, deren Gesamtergebnis folgendes ist:

Keine Veränderungen zeigten sich im Verhalten der Respirationsorgane, des Herzens, der Gefäße und des Lymphgefäßsystems. Dagegen wurden durchweg Alterationen des nervösen Gebietes beobachtet. Allmählich zunehmende Eingenommenheit des Kopfes steigerte sich zum ausgeprägten Kopfschmerz. In einigen Fällen entwickelte sich das Gefühl des Schwindligwerdens. Die Augen brannten und schmerzten. Bei den einen entwickelte sich während der Versuchszeit das Gefühl großer Müdigkeit, bis zur Schlagsucht sich steigend, mit Unfähigkeit, die Gedanken zu konzentrieren. Andere wieder wurden reizbar und nervös. Die Körperbewegungen wurden unsicher, die Hände zitterten, der ganze Körper war schlaff und wie zerschlagen.

Die Haut reagierte durch das Auftreten von Aknepusteln, besonders im Gesicht, auf der Stirn, dem Nacken und Rücken. Bei Einem entwickelten sich mehrere tiefgehende Furunkel in der unteren Gesichtspartie.

In einem anderen Falle entwickelte sich ein verbreitetes papulöses Exanthem mit scharf begrenztem roten Hofe um die einzelnen Papel. Durchweg wurde eine gesteigerte Schweißsekretion beobachtet, und zwar besonders an den Füßen. Dabei verrieten die Kopf- und Barthaare deutliche Neigung zum Ausfallen, die Kopfhaut schilferte stark, und es schien als ob die Nägel rascher wüchsen.

Sehr deutlich reagierte der Verdauungsstraktus auf die Kieselsäure. Durchweg, wenn auch in wechselnder Intensität, entwickelte sich Meteorismus mit quälendem Leibsmerz, Kollern und Gurren im Darm. Dazu gesellte sich anfallsweise gesteigerter Stuhl-drang. Der Stuhl wurde unregelmäßig, bald angehalten, dann plötzlich weich bis diarrhöisch, von auffallend gelber Färbung. Weiter entwickelten sich, besonders in den Tibien, dumpfe tiefsitzende Schmerzen. Dann wurden die Gelenke steif und schmerzhaft. In der Ruhe fingen die Schmerzen an und steigerten sich bis zu oft unbequemer Höhe. Bei Bewegung gingen sie langsam über. Hüft- und Kniegelenke hatten am meisten zu leiden, zeitweilig wurden auch das Schulter- und Ellenbogengelenk ergriffen, ebenso auch die kleinen Gelenke an Händen und Füßen.

Die Gelenkschmerzen erinnern in vieler Beziehung an ähn-

liche Wirkungen, wie wir sie vom Blei, vom Arsen, vom Kolchikum und anderen Stoffen kennen. Hier wie bei der Kieselsäure, ist aber das eigentliche Wesen dieser Schmerzen noch ganz unklar. — (Deutsche Med. Wochenschr., Nr. 38, 1903.)

Physikalische Therapie.

Zur Therapie sexueller Funktionsstörungen beim Manne. Von Dr. Béni Buxbaum.

Sowohl bezüglich der Therapie als auch bezüglich der Pathologie der hier in Frage kommenden Erkrankungen besteht noch mancherlei Unklarheit. Schon in der Beurteilung von Ursache und Wirkung sind solch unklare Verhältnisse wie auf keinem Gebiete der Pathologie. Was in dem einen Falle Wirkung ist, kann in dem anderen Falle mit Recht als Ursache, als Quelle gelten und umgekehrt, und es wird bei der Kompliziertheit der Vorgänge auch sehr schwer, hier Klarheit zu schaffen. Es wäre dies vom Standpunkt des Therapeuten umsomehr erwünscht, als die Klärung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen funktionellen Sexualkrankheiten und allgemeiner Neurasthenie von großer Rückwirkung auf eine rationell begründete Therapie wäre.

Die funktionellen Störungen der Sexualorgane sehen wir erstens als Ursache neurasthenischer Zustände auftreten, sie sind aber auch sehr oft Lokalsymptome der Neurasthenie. Das ist ein Moment, welches von Beard besonders betont und von den meisten Autoren, wenigstens bezüglich der Pollutionen und Spermatorrhöe, anerkannt ist. Es soll hier eine für die Therapie wichtig erscheinende Tatsache festgehalten werden. Die ungünstige Rückwirkung der Pollutionen und Spermatorrhöe auf das Allgemeinbefinden ist nicht auf den Samenverlust, sondern hauptsächlich auf einen nervösen Vorgang zurückzuführen, der sich im Lendenmark abspielt. Die klinische Beobachtung spricht dafür, daß bei einer erhöhten Irritabilität im Bereich des Lendenmarkes auch spermatorrhöische Abgänge erfolgen.

Die Frage, soll in solchen Fällen eine allgemeine oder lokale Behandlung eingeleitet werden, ist so alt, als die Kenntnis der Affektion selbst. Es dürfte namentlich der Umstand von Interesse sein, daß bei älteren Autoren — aus dem Anfange des vorigen Jahrhunderts — dieselben Bedenken gegen die Anwendung lokaler

hydriatischer Prozeduren ins Treffen geführt werden, wie von den jüngeren und jüngsten Autoren.

In der Literatur der neueren Zeit finden sich drei verschiedene Gesichtspunkte vertreten, je nachdem der Autor Spezialist auf dem Gebiete der Urologie, der Neuropathologie oder der Hydrotherapie ist. Die einen plaidieren für eine ausgiebige Lokalbehandlung, die zweiten sprechen sich mehr für eine Allgemeinbehandlung aus, während die dritten sowohl den lokalen als auch den allgemeinen Prozeduren ihr Indikationsgebiet zuweisen.

Es soll hier zunächst von den lokalen Applikationen die Rede sein, und zwar von denjenigen, welche in der hydriatischen Praxis üblich sind. Da finden wir zunächst, daß diese ihre Fürsprecher, aber auch entschiedene Gegner haben. Wenn wir von den schweren Lokalaffectationen in der pars prostatica als Quelle der Pollutionen und Spermatorrhöe, ferner von schweren Allgemeinerscheinungen, seien diese Ursache oder Folge der erwähnten Erkrankungen, absehen, so finden wir, daß die lokale, die Psychrophorbehandlung, von einigen Autoren deshalb verworfen oder eingeschränkt wird, weil sie entschiedene Mißerfolge nach sich gezogen haben soll. Die Mißerfolge werden zugegeben, aber nicht die Berechtigung, deshalb die lokale Behandlung aufzugeben. Die zwei Fälle Fürbringers, die eine Impotenz infolge Psychrophorbehandlung aufwiesen, und die seit Fürbringer in der ganzen Literatur gesehen werden, ebenso die Mißerfolge, die Kocher mitteilt — vermehrtes Auftreten der Pollutionen infolge Psychrophorbehandlung — die ebenfalls als warnend Mal in die Literatur übergegangen sind, mahnen wohl zur Vorsicht, aber nicht zum Verlassen einer Therapie, die sehr große Vorteile bietet. Ja, nach den Berichten Winternitz' und nach den Erfahrungen zahlreicher anderer Hydrotherapeuten haben wir gar nicht das Recht, die Psychrophorbehandlung aufzugeben. Winternitz schreibt im Jahre 1890: „Meine Erfahrungen mit dem Psychrophor bei diesem Leiden (Spermatorrhöe und Pollutionen) beläuft sich heute bereits auf mehr als 100 Fälle. Ich zähle darunter komplette Heilungen. Bei strengster Analyse der einzelnen Fälle bleibt nur eine verschwindende Minderzahl, bei denen von einem völligen Mißerfolge des Verfahrens gesprochen werden kann, die überwiegende Mehrzahl gibt selbst einen mehr weniger günstigen Einfluß der lokalen Kühlung an.“

Um den aus der Psychrophorbehandlung erwachsenden Mißerfolgen vorzubeugen, ist vor allem sorgfältige Ueberwachung des

Patienten, präzise Bestimmung der Dauer und Temperatur der Prozedur erforderlich. Autor hat sich stets an die von U l t z m a n n und B r i k angegebene Beobachtung gehalten und glaubt es diesem Umstand zu verdanken, daß er das Maß der Mißerfolge oder unangenehmer Konsequenzen auf ein Minimum reduzieren konnte. U l t z m a n n gibt folgende Regel: Zweckmäßig ist es, bei den Pollutionen zwei Formen, bzw. zwei Stadien zu unterscheiden, und zwar in Bezug auf die Empfindlichkeit der Sondenuntersuchung. Man findet Kranke, die an Pollutionen leiden, mit hochgradiger Hyperästhesie, und wieder andere, bei denen die Harnröhre wenig empfindlich oder gänzlich unempfindlich ist. Diese Untersuchung ist prognostisch sehr wichtig und auch für die Behandlung ausschlaggebend. Während die erstere mit Hyperästhesie einhergehende Form, zumeist das Anfangsstadium, durch die Psychrophorbehandlung äußerst günstig beeinflußt wird, kann dies von der zweiten, mit Anästhesie der Harnröhre verbundenen Form nicht behauptet werden.

Die Behandlung der ersten Abart besteht in der Anwendung der Kühlsonde in der Weise, daß dieselbe für 5—10 Minuten eingelegt wird und 12—14° C. durch dieselbe zirkuliert. Es ist zweckmäßig, die Behandlung alle Tage durch drei Wochen fortzusetzen, und zwar werden allmählich dickere Sonden eingeführt und die Temperatur allmählich auf 8—10° herabgesetzt. Kaltes Wasser wird im Beginn der Behandlung öfter schlecht vertragen, ebenso ist zu lange Dauer der Applikation nicht zweckmäßig. Der Erfolg ist oft schon nach der ersten Applikation merklich, die Pollutionen werden sistiert. Aber nicht immer ist der Erfolg sicher, namentlich nicht bei allen Patienten, die nach U l t z m a n n ein Recht auf eine günstige Prognose haben, weil sie bei der Sondenuntersuchung eine hochgradige Hyperästhesie der Harnröhre beobachten lassen.

Eine Reihe von Beobachtungen, die B. an einer größeren Anzahl von Patienten anzustellen Gelegenheit hatte, zeigte, daß die hochgradige Hyperästhesie der Harnröhre nicht nur keine günstige Prognose für die Psychrophotherapie gebe, sondern geradezu die Psychrophorbehandlung kontraindiziere. Diese hochgradige Hyperästhesie findet sich häufig in Gesellschaft anderer Reizsymptome, erhöhter Reflexerregbarkeit, spinaler Erscheinungen, und man muß R o s e n t h a l, C u r s c h m a n n und L ö w e n f e l d recht geben, wenn auch sie für diese Erkrankungsformen die auf die Genitalien lokalisierten Kälteapplikationen etwas einge-

schränkt wissen wollen, und auch Fürbringer, der peinvoll empfundene Prozeduren ausgeschaltet wissen will.

Von der Richtigkeit dieses prognostischen Merkmales ist der Autor so fest überzeugt, daß er in allen Fällen schon nach der ersten Psychrophorbehandlung dieselbe sistiert. Man ist oft genötigt, auch Elektrotherapie (Faradisation des Perineums mit nicht zu starken Strömen) mit der Hydrotherapie zu verbinden, es muß jedoch bemerkt werden, daß nichts mehr schadet als allzu viel oder allzu häufige Anwendung der Prozeduren. Die Herabsetzung der Reizbarkeit, der Erregbarkeit kann nur erzielt werden durch Anwendung von Applikationen, die keine stürmische Reaktion hervorrufen, und durch Vermeidung mehrerer Prozeduren im Tage. Wenn wir noch mit den lokalen Kuren solche verbinden, welche gegen die allgemeinen neurasthenischen Beschwerden gerichtet sind, dann beschäftigen wir wohl zur Genüge den Patienten, welches Moment ja bei diesen Kranken auch in Betracht gezogen werden muß.

Von lokalen Prozeduren, die die Spermatorrhöe günstig beeinflussen, nennt B. hauptsächlich die Kühlapparate längs der Wirbelsäule, die lange dauernden (10 Minuten) kalten (-16° C.) Sitzbäder und eine Prozedur, die noch wenig gewürdigt ist, die sogenannte Sitzdusche, eine Applikation, die gegen das Perineum des Patienten gerichtet ist und von 2—3 Minuten langer Dauer in der Temperatur von $14-18^{\circ}$ C. angewendet wird.

Welche allgemeine Prozeduren mit den lokalen verbunden werden sollen, hängt selbstverständlich von der Individualität ab.

Für die Behandlung der krankhaft gesteigerten Pollutionen sind dieselben Grundsätze geltend, wie für die der Spermatorrhöe. Die Prognose ist im allgemeinen hier günstiger, vorausgesetzt, daß es sich nicht um schwere örtliche anatomische Veränderungen oder um organische Erkrankungen des Nervensystems, wie Tabes, oder um konstitutionelle Krankheiten handelt. Hier kann nur eine Besserung des Allgemeinlebens eine Besserung der Pollutionen zur Folge haben.

Bei den Pollutionen als funktionelle Störung ist die Psychrophorbehandlung wohl die erfolgreichste und ich verweise, um Wiederholungen vorzubeugen, auf die Anwendung des Psychrophors bei der Spermatorrhöe. Je früher die Behandlung eingeleitet wird, umso sicherer und dauernder ist der Erfolg. Im Anfangsstadium ist es zweckmäßig, die Behandlung alle Tage durch 3 bis

4 Wochen fortzusetzen, und zwar in der Weise, daß allmählich dickere Sonden eingeführt und die Temperatur auf 8—10° herabgesetzt wird. Handelt es sich um vorgeschrittene Fälle, so ist der Gebrauch des Psychrophors mit durchfließendem warmen Wasser (30°) angezeigt. Die Dauer der Prozedur beträgt 5 Minuten. Auch die Anwendung kalter Sitzbäder 5—10 Minuten ist von gutem Erfolge begleitet. Fließende Rückenwashingtonen, Sitzduschen von längerer Dauer, Kälteapplikationen längs der Wirbelsäule, Nackenschläuche, auch Hinterhauptsbäder mit kaltem Wasser und von langer Dauer unmittelbar vor dem Schlafengehen werden in vielen Fällen günstige Wirkung haben.

Wichtig ist nach Ansicht des Autors nur noch die Frage, wann sind die Pollutionen als Krankheit zu bezeichnen und zu behandeln. Wir beobachten diesbezüglich häufig auf der einen Seite arge Uebertreibungen, insoferne als bei einem sonst gesunden kräftigen Manne Schreckbilder, Angst auftauchen und gezüchtet werden, die, trotzdem die Pollutionen keine Störung allgemeiner Natur hervorrufen, einer Behandlung unterzogen werden, die unter solchen Umständen mehr schadet als nützt; andererseits begegnen wir einem ganz ungerechtfertigten Optimismus sowohl seitens der Patienten als auch seitens der Aerzte sogar übermäßigen Pollutionen gegenüber. Es ist hier zu beachten, daß wohl der Samenverlust als solcher keine Ernährungsstörung nach sich zieht, daß jedoch die gehäuften Pollutionen an und für sich schon Folgen eines krankhaften Zustands sind und auch Ursache neurasthenischer Beschwerden und hypochondrischer Verstimmung werden können. Entscheidend für die Frage, wann die Pollutionen als krankhaft zu bezeichnen sind, ist das Verhalten des Allgemeinbefindens. Wenn sich an Pollutionen Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Unlust zur Arbeit, Leistungsunfähigkeit anschließen, wenn diese Erscheinungen keine Zeit haben zu schwinden oder selbst dann, wenn die Pollutionen nur selten auftreten, jedoch immer die erwähnten Ermüdungs- und Erschöpfungserscheinungen zur Folge haben, dann soll eine Behandlung eingeleitet werden. Solche Patienten dürfen nicht als „eingebildete Kranke“ betrachtet, ihre Klagen nicht als Uebertreibungen aufgefaßt werden.

Eine sehr häufige und ungemein lästige Komplikation der Pollutionen ist der Priapismus, der hier auch nur insoferne in Betracht gezogen werden soll, als er nicht Folgezustand einer organischen Erkrankung ist. Die Behandlung des Priapismus besteht

in Kälteapplikationen, Kühlschläuchen längs der ganzen Wirbelsäule vom Hinterhaupt bis zur Lende, von denen günstigere Erfolge zu erwarten sind, als von lokalen Applikationen. Jedoch müssen die Kälteanwendungen längere Zeit, 1—2 Stunden, dauern. Auch Hinterhauptsbäder von längerer Dauer sind von Erfolg begleitet. Mit der Temperatur soll ein- und ausgeschlichen werden, d. h. es soll zu Beginn und am Ende der Applikation höhere Temperatur angewendet werden, um einer stürmischen Reaktion, die eine Verschlimmerung des Prozesses verursachen könnte, vorzubeugen. Auch allgemeine Prozeduren sollen hier angewendet werden. Mit der Herabsetzung der allgemeinen Irritabilität soll auch die erhöhte Reflexerregbarkeit der Genitalien vermindert werden. B. hat in einem Falle von Priapismus, der den Patienten und seine behandelnden Aerzte zur Verzweiflung brachte, der dem Kranken jede Lebensfreude benahm, ihn an jedem Lebensgenusse hinderte und der allen internen Mitteln trotzte, mit feuchten Einpackungen und Rückenschläuchen von einstündiger Dauer, fünf Minuten dauernden kalten Rückenw washungen und protrahierten kalten Hinterhauptsbädern Heilung erzielt. Interessant war die Aetiologie der Erkrankung. Der Patient mußte infolge eines unerwarteten Zwischenfalles den Koitus unterbrechen. Dieses ätiologische Moment ist umso interessanter, als unter solchen Umständen viel häufiger psychische Impotenz aufzutreten pflegt. Bei unserem Patienten war die Reflexerregbarkeit im allgemeinen ungemein gesteigert und deshalb wendete B. oben geschilderte Prozeduren auf den Tag verteilt an.

Die häufigste sexuelle Funktionsstörung, die dem Hydrotherapeuten zur Behandlung zugewiesen wird, ist die Impotenz. Selbstverständlich sind es alle Formen von Impotenz, die der Hydrotherapeut auf die Weise zu beobachten Gelegenheit hat. Hier soll jedoch nur von denjenigen Fällen die Rede sein, die einige Aussicht auf Erfolg haben. Diejenigen Formen, bei welchen die Impotenz als Teilerscheinung von Allgemeinerkrankungen auftritt, wie Diabetes, Nephritis, Phthisis, Leukämie, Adipositas, Tabes, Intoxikationen etc. etc., sollen hier nicht weiter berücksichtigt werden. B. hat hier gar keine Besserung gesehen, selbst dann, wenn das Grundleiden einen Rückgang beobachten ließ. Seine diesbezüglichen Beobachtungen betreffen einige Fälle von Diabetes und Adipositas. In zwei Fällen von schwerem Diabetes bei jugendlichen Individuen hatte B. durch eine entsprechende hydriatische und

diätetische Behandlung den Zuckergehalt des Urins von 9·2 respektive 8% auf 0·5 respektive 1% herabgedrückt; in beiden Fällen war die Toleranz gegen Kohlehydrate durch eine hydriatische Behandlung gesteigert worden, aber die Potenz kehrte nicht wieder, trotzdem auch Prozeduren angewendet wurden, welche sonst eine Besserung der Potenz erzielen lassen. Ebenso ungünstig verhielt sich die Impotenz bei einigen Fällen von Adipositas, trotzdem es sich auch hier um jugendliche Individuen handelte, die keinerlei Ausschweifungen belastete und bei welchen es gelang, die Fettleibigkeit ganz beträchtlich zu reduzieren.

Für uns kommen hauptsächlich nur die Fälle von nervöser Impotenz in Betracht, zu denen vor allem das Gros der sogenannten psychischen Impotenz gehört. Die Erektionen fehlen ganz oder treten nicht genügend stark auf. Wir haben es hier zumeist mit Neurasthenikern zu tun, wenn auch, wie F ü r b r i n g e r bemerkt, die Impotenz als einziges Symptom der Neurasthenie besteht. Ferner gehört hierher die Impotenz durch reizbare Schwäche. Die Ejakulation erfolgt zu früh, beim Koitusversuch schon vor oder während der Immissio membri oder bei bloßer sexueller Erregung. Beide Formen treten gewöhnlich nebeneinander auf und haben auch dieselbe Aetiologie: Gonorrhöe, Masturbation, Exzesse in Venere.

Für den rein neurasthenischen, psychischen Charakter dieser Formen spricht die Tatsache, daß wohl Erektionen bestehen sowohl bei der psychischen Impotenz, als auch bei der Impotenz infolge reizbarer Schwäche (*Ejaculatio praecox*), daß sie jedoch zur un-rechten Zeit auftreten oder zu früh schwinden. Die Klage der Patienten, daß sie des Nachts von Erektionen geweckt werden, die eine halbe Stunde und noch länger dauern, die aber beim Koitusversuch schwinden, gehört nicht zu den Seltenheiten. Ebenso gehört es zu den häufigen Vorkommnissen, daß eine Erektion zur gewünschten Zeit nicht zu erzielen ist, unter anderen Umständen auch ganz spontan auftritt. Da nun beide Formen, wie erwähnt, am häufigsten nebeneinander vorkommen, sich ätiologisch und pathogenetisch decken, so läßt sich auch ihre Therapie unter einem besprechen. Selbstverständlich zerfällt die Therapie in einen psychischen und aktiven Teil. Die Notwendigkeit der psychischen Beeinflussung solcher Patienten, über welche natürlich hier nicht gesprochen werden kann, ist außer Zweifel. Es muß jedoch betont werden, daß erstens die psychische Behandlung allein nicht zum Ziele

führt; daß zweitens bei den aktiven therapeutischen Methoden nicht einzig und allein das psychische Moment der Behandlung das wirksame ist, wenn auch zugegeben werden muß, daß die Suggestion hier tatsächlich eine große Rolle spielt. B. hat Patienten beobachtet, bei welchen die Impotenz nach monate- bis jahrelangem Bestehen ganz spontan einer kräftigen Potenz platzmachte. Auch gegenwärtig befindet sich unter seinen Kranken ein 32jähriger Advokaturbeamter, der ohne Ursache (die Angaben des Patienten sind vollkommen glaubwürdig) in seinem 27. Jahre, allerdings nach zweijähriger sexueller Abstinenz, vollständig impotent wurde. Die Impotenz machte ihm weiter keinen Kummer, da er mit seinem Studium intensiv beschäftigt war. Nach anderthalb Jahren, während welcher Zeit er übrigens wiederholt Koitusversuche, die immer mißlingen, unternahm, kehrte ganz spontan die Potenz zurück. Er erfreute sich derselben, aber mißbrauchte sie nicht, durch etwa zwei Jahre, und nun ist sie wieder vollständig geschwunden. Gegenwärtig ist Patient in meiner Behandlung, und ich zweifle gar nicht daran, daß es gelingen wird, seine Potenz wieder zu heben. Es wird gewiß niemandem einfallen, das günstige Resultat in diesem Falle der Hydrotherapie zuschreiben zu wollen. Solche Fälle dürfte übrigens jeder Arzt zu beobachten Gelegenheit haben, und weil es eben solche kürzere oder längere Perioden psychischer Impotenz gibt, so ist es natürlich sehr schwer, zu entscheiden, ob aktive Therapie, ob Suggestion die Heilung veranlaßte.

Was nun die Therapie anlangt, so werden wir in allen Fällen sowohl lokale als auch allgemeine Prozeduren anwenden. Darüber herrscht in allen Lagern vollkommene Uebereinstimmung, wenn nun auch wieder bezüglich der Form der Prozeduren die verschiedensten Meinungen herrschen. Nun, auch, das ist ja nach den vorherigen Auseinandersetzungen begreiflich; begreiflich vor allem dem Hydrotherapeuten, der ja die Wirkungsweise der Prozeduren nicht von der Applikationsform, sondern von der Dosierung des thermischen Reizes und vor allem von der Dauer desselben abhängig macht. Indiziert sind die erregenden Prozeduren, die von kurzer Dauer mit kräftigem thermischen und mechanischen Reiz einhergehen. Kurzdauernde (1—2 Minuten) Sitzbäder von niedriger Temperatur (höchstens 10° C.), ebensolche Sitzduschen, Psychophor 3—5 Minuten lang mit kaltem (10°) durchfließenden Wasser. Abreibungen, kurze kalte Regenbäder mit kurzem, beweglichen Fächer längs der Wirbelsäule sind die lokalen und allgemeinen

Prozeduren, die in verschiedensten Varietäten angewendet werden können. Sehr gute und rasche Erfolge erzielte B. mit Hydro- und Elektrotherapie. Von elektrotherapeutischen Methoden bewähren sich Faradisation des Dammes, der Innenfläche der Schenkel und der Urethra. Auch hier sollen nicht zu lange, aber auch nicht zu starke Ströme Anwendung finden. Endlich sei auch noch erwähnt, daß Rückenpackungen, Vibrationsmassage der Lendenwirbelgegend mit vorher genannten Methoden kombiniert zur Anwendung kommen können. Bei keiner Erkrankung dürfte es so erforderlich sein, eine häufige Aenderung der Applikationsform vorzunehmen, wie bei den hier geschilderten. — (Bl. f. klin. Hydrother. Nr. 6, 1903.)
B.

Chirurgie.

Beitrag zur Winkelmann'schen Hydrokelenoperation. Von Dr. Tokujiro Suzuki.

Die Nachuntersuchung von 28 an der Rostocker Klinik operierten Fällen von Hydrokelen ergab, daß nur in zwei Fällen Rezidiv auftrat und dieses auf technische Fehler zu beziehen war.

Nach den Erfahrungen des Vf. bietet die Winkelmann'sche Hydrokelenoperation, obwohl sie ein viel geringfügigerer und ungefährlicherer Eingriff ist, dieselben Chancen auf Wiederherstellung, wie die anderen Methoden. Die Methode hat aber den anderen gegenüber große Vorzüge: Die Operation kann unter Lokalanästhesie ausgeführt werden und die Technik ist so einfach, daß sie jeder Arzt, der aseptisch arbeiten kann, auszuführen imstande ist. Der Patient kann ambulant behandelt werden. Die Heilungsdauer ist eine kurze. Die Folgen der Operation: Oedem des Skrotums, Verdickung und leichte Empfindlichkeit des Hodens verlieren sich bald ohne weitere Maßnahmen von selbst, so daß die Patienten nach drei bis vier Wochen als vollständig wieder hergestellt zu betrachten sind. Der einzige Nachteil der Methode besteht darin, daß sie in Fällen von stark verdickter Tunica vaginalis nicht ausgeführt werden kann. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, H. 2.)

Beitrag zu den extracraniellen Aneurysmen der Carotis interna. Von Dr. C. Blauel.

Während sonst die Aneurysmen der Carotis interna nur Wallnußgröße erreichen, handelte es sich bei dem auf der Klinik von

B r u n s beobachteten Fall um einen Tumor, der die ganze obere Hälfte der linken Halsseite und noch einen Teil des Nackens einnahm. Die Geschwulst wölbte sich auch noch innen stark vor und verdrängte die Rachenorgane der linken Seite bis weit über die Mittellinie. Die Geschwulst verursachte heftige neuralgische Schmerzen in der linken Kopfhälfte, ein lästiges Gefühl des Druckes und der ständigen Pulsation, sowie erhebliche Schluckbeschwerden. Der Plexus cervicalis, der linke Hypoglossus, der linke Recurrens und der Sympathicus waren in Mitleidenschaft gezogen.

Da die Erscheinungen nicht gefahrdrohend erschienen, wurde der Versuch mit Injektionen von 2%iger sterilisierter Gela-
tinelösung gemacht. Die Injektionen wurden ohne jede Reaktion vertragen, waren vollständig schmerzlos und es schien, daß die Pulsation der Geschwulst abzunehmen anfange. Da traten plötzlich, wahrscheinlich infolge plötzlicher Volumenzunahme durch neuerliches Zerreißen des Sackes, heftige Athembeschwerden auf, welche die Tracheotomie nötig machten; zwei Tage darauf wurde wegen Gefahr des Platzens des Sackes die Carotis interna unterbunden, worauf dann die Pulsation in der Geschwulst vollständig aufhörte.

Da aber die Geschwulst nur eine geringe Tendenz sich zu verkleinern zeigte und dauernd die Beschwerden eines großen Fremdkörpers verursachte, wurde die fast vollständige Exstirpation des Sackes vorgenommen. Durch vorsichtiges Operieren gelang es, die Blutung auf ein Minimum zu beschränken; die Höhle wurde nach M i k u l i e z tamponiert; die Patientin wurde in einigen Wochen geheilt entlassen. Weder im Anschluß an die Unterbindung der Karotis, noch später stellten sich welche Erscheinungen von Seiten des Gehirnes ein. Dasselbe scheint infolge der langen Dauer und allmählichen Entwicklung der Geschwulst von der anderen Seite mit Blut genügend versorgt gewesen zu sein. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, H. 3.)

Ueber Dauerheilungen nach Gallensteinoperationen. Von Dr. Adolf Schott.

Vf. versucht es, ein Gesamtbild über die Schicksale der in den Jahren 1889—1900 an der Klinik C z e r n y operierten Gallenstein-Patienten zu entwerfen. Von 350 operierten Patienten konnten nur 180 zu Beobachtungen verwendet werden, da der Rest teils wegen zu kurzer Beobachtungszeit, teils wegen Exitus ausgeschieden werden mußte.

In jedem Falle wurden bei der Operation folgende Gesichtspunkte ins Auge gefaßt: 1. Die Methode muß eine genaue Abtastung des Gallensystems gestatten, 2. sie soll das infizierte Gallensystem drainieren und die bestehende Entzündung beseitigen, ferner die Ausscheidung von Steinen ermöglichen, welche bei der Operation unentdeckt blieben.

Die Erfahrungen, die auf Grund dieser Operationstechnik gewonnen wurden, sind sehr günstige. Ein echtes Steinrezidiv wurde bei einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 5—6 Jahren bei 180 Fällen nicht festgestellt. Allerdings traten bei einem ziemlich hohen Prozentsatz der Operierten wieder Erscheinungen auf, welche einen voreiligen Schluß auf Rezidiv gestatten könnten. Allein auf solche Erscheinungen ist nach den Erfahrungen des Vf. wegen ihrer Vieldeutigkeit kein großes Gewicht zu legen, vorausgesetzt, daß das Allgemeinbefinden des Patienten ein erträgliches und der weitere Verlauf ein günstiger ist. Bei neun Patienten (also in 5% der Fälle) bestanden zur Zeit der Nachuntersuchung Symptome, welche mit dem Gallensystem in Beziehung stehen können; in 95% trat vermutlich eine Dauerheilung der Cholelithiasis ein.

Leider mußten die Patienten, die von der Gallensteinkrankheit befreit wurden, noch manche Störungen und Beschwerden mit in den Kauf nehmen. Die wichtigsten Beschwerden wurden durch postoperative Bauchhernien verursacht; außerdem bestanden noch nach der Operation manchmal Magen- und Darmbeschwerden, welche auf die durch die lange Krankheitsdauer entstandenen Adhäsionen zwischen Darm und Gallensystem bezogen werden können. Wenn die Adhäsionen bei der Operation auch durchtrennt wurden, bildeten sie sich wieder und verursachten dann Beschwerden, indem sie die Peristaltik des Magens und des Darmes hinderten. Um diese Adhäsionen möglichst zu vermeiden, empfiehlt es sich, mit der Operation nicht allzu lange zu warten. Die früher so sehr gefürchtete postoperative Gallenfistel trat bei der jetzt ausgebildeten Technik nur in wenigen Fällen ein. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, H. 2.)

Ueber die Resultate des tuberkulösen Sehnenscheidenhygroms der Hand. Von Dr. Zöpplitz.

Während man früher die Sehnenscheidenhygrome bloß inzierte, ist man später, als ihre tuberkulöse Natur entdeckt wurde, radikaler geworden, und heutzutage wird die totale Exstirpation

des Sackes und der fungösen Massen geübt, wobei auch Stücke der Sehnen, wenn die letzteren krank sind, reseziert werden.

Nach diesem Grundsätze wurden auf der Klinik v. **Brun s** 35 Fälle operiert, die Vf. jetzt — mehrere Jahre nach der Operation — nachuntersucht hat. Nach den Ermittlungen ist der End-erfolg ein recht günstiger, denn es sind bei einer Beobachtungszeit von 15 Jahren drei Viertel der Operierten von ihrem Leiden vollständig befreit. Bei diesen hat sich die Gebrauchsfähigkeit der Hand in fast der Hälfte der Fälle vollständig wiederhergestellt, bei den übrigen ist sie mehr oder weniger herabgesetzt, aber nur in einem Falle besteht vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen Steifheit der Finger. Dieses Resultat ist umso günstiger zu nennen, als es sich durchgehends um schwere Fälle von Tuberkulose der Sehnen-scheiden handelte und bei einigen Fällen sogar Sehnenresektionen vorgenommen werden mußten. — (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 39, H. 3.)

Ueber die Operation der puerperalen Mastitis. Von Dr. Hofmann.

Die gewöhnlich geübte Operationsmethode der eitrigen Mastitis mittels radiärer Einschnitte hat mehrere Nachteile. Um dieselben, und zwar hauptsächlich die Entstellung und die lange Heilungsdauer zu vermeiden, empfiehlt Vf. ein Verfahren, das in zwei Fällen mit gutem Erfolge angewendet wurde und das außerdem noch den Vorteil bietet, die größtmögliche Schonung der Mamma und speziell der vorne gelagerten großen Milchkanäle zu erzielen.

Die Brust wird zu diesem Zwecke in der unteren Hälfte halbkreisförmig umschnitten, stumpf von der Fascie des *Musc. pectoralis* abgehoben und nach oben umgeklappt. Dann werden die Abszesse in radiärer Richtung breit von hinten eröffnet, ausgeräumt und drainiert. Die Drainage ist eine sehr günstige und die Heilung dementsprechend eine schnelle. Die Narben, die zurückbleiben, sind nicht zu sehen, weil die unteren Partien der Mamma gewöhnlich etwas überhängen. Zur Beschleunigung der Heilung wurde im zweiten Falle der größte Teil der Operationswunde mittels Naht wieder geschlossen und nur der für die Drainage notwendige Teil offen gelassen. Die Nähte haben trotz der Nähe der Eiterung gut gehalten. — (Centralbl. f. Chir. Nr. 31, 1903.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Außere Wendung bei Steißlagen gegen Ende der Schwangerschaft. Von St. Spencer.

In Anbetracht der großen Sterblichkeitsziffer der Kinder, 19—22%, bei Steißgeburten, sowie auf Grund zahlreicher Sektionsbefunde toter, in Steißlage geborener Kinder glaubt Vf., daß der äußeren Wendung bei Steißlagen gegen Ende der Schwangerschaft eine größere Aufmerksamkeit zuzuwenden wäre. Besonders häufig kommt es bei der Extraktion zur Verletzung der Brust und Baucheingeweide und sollen sich besonders an die Lungenverletzungen nicht selten in den ersten Tagen nach der Geburt lätale Pneumonien anschließen. Weiters kommt es häufig zu Blutaustritten in die Leber, Testikel und Muskeln, besonders in den Sternokleidomastoideus. Auch Lähmungen im Plexus brachialis wurden beobachtet. Vf. hat in sechs Fällen im siebenten, resp. achten Schwangerschaftsmonat die Wendung vom Steiß auf den Kopf vorgenommen, worauf eine spontane Geburt in Kopf Lage erfolgte, und empfiehlt zu diesem Behufe folgendes Verfahren: Während mit der einen Hand der vorliegende Steiß gehoben und seitlich gedrängt wird, schiebt die andere Hand den kindlichen Kopf nach der Seite, wo der Rücken lag. Die Wendung soll womöglich im siebenten oder achten Monat vorgenommen werden, da dieselbe später schwieriger und während des Geburtsverlaufes oft unmöglich ist. Bei Zwillingschwangerschaft Plazente praevia engem Becken und toter Frucht ist die Wendung kontraindiziert. Besitzt die Gravide einen Hängebauch, dann soll vor der Wendung eine Binde angelegt werden. Selbstverständlich ist die Diagnose sicherzustellen und hat man sich vor Verwechslungen mit vorliegendem Anencephalus zu hüten. Vf. bevorzugt die äußere Untersuchung zur Feststellung der Lage. Die Palpation des Kopfes wird am zweckmäßigsten derart ausgeführt, daß man den kindlichen Kopf zwischen Daumen und Fingern einer Hand „schüttelt“. Im übrigen haben erst kürzlich *Wiegand* und *Pinard* die äußere Wendung bei Steißlage empfohlen. — (Brit. med. Journ., 1901.)

Königstein.

Ueber Lipombildung im Uterus. Von H. Merkel.

Vf. verfügt über zwei Fälle aus dem Erlanger pathologischen Institute. Bisher sind nur drei derartige Beobachtungen bekannt und zählen zu den größten Seltenheiten. Besonderes Interesse bieten sie hauptsächlich wegen ihrer Genese. Der Sitz des Lipoms war in

den zwei Fällen des Vf., sowie denen von L e b e r t und B r ü n i n g, im Korpus, im Falle O r t h's war ein mandelgroßes polypöses Lipom im Cervikalkanal vorhanden. Die Fälle des Vfs. sind insoferne übereinstimmend, als bei beiden der gelbliche zirkumskripte, billardball-, resp. orangegroße Tumor interstitiell in der rechten Wand des Korpus saß, vor der Einmündung der Tube, und die Tumoren in das Kavum hineinragten, dasselbe flach drückten und in die Länge zogen. Nur beim Lipom des zweiten Falles war Läppchenbildung vorhanden, und zwar handelte es sich um ein Lipoma fibrosum durum mit Bindegewebswucherungen und nicht fettig degenerierter Muskulatur. Die Vergrößerung geschah sowohl durch konzentrische Verdrängung des umgebenden Muskelgewebes als auch durch infiltrierendes Vordringen der Fettzellen in die umgebende Muskulatur. Vf. erklärt die Entstehung der Lipome des Uterus nicht durch Metaplasie von Binde in Fettgewebe, sondern durch hyperplastische Wucherung eines präformierten embryonal in die Uteruswand gelangten Fettgewebskeimes, da sich überhaupt unter gewöhnlichen Verhältnissen weder innerhalb der glatten Muskulatur, noch speziell in der des Uterus Fettgewebe vorfindet. Typisches Lypom ist vorhanden, wenn es sich lediglich um Hyperplasie des Fettgewebes handelt, fangen jedoch Myomanlagen und embryonal versprengte Fettgewebskeime zu wuchern an, so werden Lypomyome, und wenn, wie im Klimakterium, die Myome sich rückbilden, das Fettgewebe prävalieren. — (Zieglers Beitr. z. patholog. Anatomie u. allg. Pathologie, Bd. 39, 1901.) K ö n i g s t e i n.

Urologie.

Beitrag zur Lehre von den Fremdkörpern der männlichen Harnblase. Von Hirsch.

Statistik über 103 Fälle aus der Literatur nebst acht Fällen aus der M o s e t i g'schen Abteilung in Wien. Fleißige und übersichtliche Arbeit, die Fälle seit dem Jahre 1856 kritisch sichtigend. Berücksichtigt werden nur jene intravesikalen Elemente, die auf urethralem Wege in die Blase gelangt sind. Das Material ist derart eingeteilt, daß zunächst die Natur der eingeführten Gegenstände besprochen wird; der Löwenanteil kommt selbstredend auf urologische Instrumente, Katheter, Bougies und Fragmente derselben. Diese Gruppe erscheint daher auch am genauesten besprochen, nicht nur, was Kasuistik betrifft, sondern auch den Mechanismus des Zu-

standekommens und die Prophylaxe dieser peinlichen Zwischenfälle. Auch die begünstigenden Verhältnisse, Erektion, Aufrollen des intravesikalen Anteiles des elastischen Instruments, die aspiratorische Kraft der Blasenmuskulatur, endlich die unzweckmäßigen Maßregeln der erschreckten Patienten werden eingehend berücksichtigt. Bei Erwähnung der prophylaktischen Maßregeln spricht Vf. den lapidaren Satz aus, eine wesentliche Vorbeugung in weiterem Sinne wäre möglich, wenn man die in Betracht kommenden Kranken, die meistens Prostatiker sind, statt ihnen einen Katheter in die Hand zu geben, prinzipiell alle nach Bottini oder Albarran operieren würde. Das geht denn doch etwas zu weit. Zunächst sind die Akten über die Dauerresultate der Prostataktomie noch nicht geschlossen, die Bottinische Operation wird von vielen autoritativen Seiten direkt perhorresziert (Rovsing und andere) und das Moment eines eventuellen Fremdkörperereignisses kann in der so schwierigen Indikationsstellung zur Operation wohl kaum den Ausschlag geben. Die übrigen Gruppen werden ihrer geringeren Dignität entsprechend nur gestreift, die Aetiology, nämlich das vermeintliche therapeutische Eingreifen bei Harnbeschwerden, Masturbation und Konzeptionsverhinderung kritisch beleuchtet. In zweiter Linie bespricht H. die bekannten Folgeerscheinungen, das Zerfallen in mehrere Teile, das Aufquellen, die Inkrustation, die Zystitis und die Einkeilung in die Blasenwand mit Gefahr der Ulzeration, Urininfiltration und Perforation. Auffallend gering erscheint der Prozentsatz an Todesfällen = 2.7%, sämtlich verursacht durch die letzterwähnten Komplikationen. Die Diagnose eines intravesikalen Fremdkörpers wird gestellt durch bimanuelle Palpation, Sondierung, Untersuchung mit dem Lithotriptor, Kystoskopie und Radiographie. Das letztere modernste Verfahren ist in den geeigneten Fällen jedenfalls das allerschoendste und exakteste, das sich auch in den drei Fällen, bei denen es in Verwendung kam, prächtig bewährte. (Einen dieser Fälle, Hofmeisters Eisenstift, der elektromagnetisch entfernt wurde, hat Ref. in der heurigen Aprilnummer dieses Blattes besprochen.) H. brachte nun die wichtigsten Typen der in Betracht kommenden Fremdkörper auf einer Röntgenplatte zur differentiellen Anschauung mit dem Resultat, daß nur die französischen Katheter und Wachs unter der Grenze der radiographischen Nachweisbarkeit stehen, während alle anderen einen mehr oder weniger deutlichen Schatten geben. Die Radioskopie und Radiographie

wird auf diesem Gebiete noch schöne Erfolge erzielen können, insbesondere wenn man, wie ja zu erwarten steht, bei abwechselndem Tages- und Röntgenlicht an die Diagnose sofort die Extraktion unter Kontrolle der X-Strahlen wird anschließen können. (Anm. d. Ref.) Die Therapie kann natürlich nur eine operative sein, wenn der Fremdkörper nicht spontan abgeht (3·6%). Von den unblutigen Verfahren wird man, nächst manuellen Versuchen durch das Rektum, den Fremdkörper die Urethra entlang zu streichen oder zu schieben, Aspiration, Extraktion mit dem Lithotriptor, Plikateur, Collin'schen Redresseur und elektromagnetische Entfernung anwenden, wenn nicht Kontraindikationen seitens des fremden Gegenstandes (Einkeilung, spitze, gläserne, brüchige Körper) oder seitens der Harnwege (Striktur, Zystitis) bestehen. Von den blutigen Methoden kommen alle die Blase eröffnenden Operationen in Betracht. — (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 70, H. 1 u. 2.)

Rich. Grünfeld.

Dermatologie.

Zur Pathologie und Therapie der Blastomykosen.

Aus der Reihe der parasitären Hauterkrankungen beginnt eine Klasse immer mehr in den Vordergrund des dermatologischen Interesses zu rücken, die in Unkenntnis des ätiologischen Moments, bisher in dem weiten Gebiete der chronischen Granulome unterging. Es handelt sich hierbei um jene in klinischer Hinsicht vielgestaltigen Krankheitsbilder, die zuerst von den Amerikanern H. W. Stelwagon, Nevins Hyde und C. Gilchrist ihrem Wesen nach als Blastomykosen erkannt und seither auch von amerikanischer Seite die eingehendste und häufigste Würdigung erfahren haben.

Nunmehr beginnen auch bei uns einschlägige Wahrnehmungen zur Kenntnis zu gelangen, nachdem auch in Deutschland (Busse Buschke) und Frankreich gewisse sonst schwer einreihbare Dermatosen als durch Blastomyzeten bedingt, erkannt wurden.

Die große Ähnlichkeit, welche diese Läsionen mit exulzerierten Epitheliomen, papillär wuchernden Lupusformen, der Tuberculosis verrucosa cutis und nicht in letzter Linie mit Flächensyphilitiden aufweisen, läßt es geboten erscheinen, die kennzeichnenden Merkmale derselben

näher ins Auge zu fassen, um gegebenenfalls diagnostischen Schwierigkeiten begegnen zu können. Für ähnliche Betrachtungen bietet das heute bereits stattliche Beobachtungsmaterial den besten Ausgangspunkt, zumal die in steter Wiederkehr verzeichneten übereinstimmenden Befunde die Hervorhebung der gemeinsamen Charaktere wesentlich erleichtern.

Ueberblickt man die von Stelwagon am IV. internationalen Dermatologenkongreß zu Paris demonstrierten Moulagenserien, die Beobachtungsreihen von Nevins Hyde, Rixford, Gilchrist, F. H. Montgomery, J. G. Sheldon, J. W. Walker u. a., sowie die jüngst noch bei uns zur Demonstration gelangten Fälle (Gesellschaft der Aerzte), so frappiert vor allem die weitgehende klinische Uebereinstimmung dieser Dermatose mit den geläufigeren Formen der Hauttuberkulose. Eine Aehnlichkeit, die umso verfänglicher wird, als die Läsionstypen nicht selten eine allgemeine Tuberkulose zu begleiten pflegen und auch sekundär zu früher vorhanden gewesenem tuberkulösen Lokalprozessen hinzutreten.

Klinisch stellt die Krankheit einen lokalen Infektionsprozeß mit chronischem Verlaufe dar, die mit Vorliebe das männliche Geschlecht befällt und im mittleren Lebensalter (zwischen 30—45) in Erscheinung tritt. Der häufigste Sitz der Krankheit ist das Gesicht, besonders die Augenlider und die die Augenhöhle umgebende Haut, nächst dem die Hand und Handgelenk, also lokaler Infektion besonders ausgesetzte Gegenden. Eine Beteiligung angrenzender Schleimhäute wurde nicht beobachtet, auch nicht an den Lidern, wo Ektropion nicht selten. Subjektive Symptome sind in der Regel gering, ausgenommen, wenn infolge von sekundären Infektionen lebhaftere Entzündungserscheinungen auftreten. Die lokalen Veränderungen setzen mit Papeln oder papulopustulösen Effloreszenzen ein, die sich bald mit Krusten bedecken und sich in der Peripherie vergrößern; außerdem treten in der Mehrzahl der Fälle nach einiger Zeit neue Herde auf in der Nähe des ursprünglichen Herdes oder an anderen Körperteilen. Die Krankheitsherde selbst sind bis zu einem Zentimeter über die umgebende Haut erhaben, meist mit Krusten bedeckt, nach deren Entfernung die Oberfläche unregelmäßig papillomatös erscheint, mit weicher Basis, bei Druck gewöhnlich Eiter entleerend. Der Rand ist steil abfallend, scharf begrenzt, bis zu 1 cm breit, lebhaft rot, mit zahlreichen kleinen Eiterherden durchsetzt. Die Krankheit ist chronisch, in

ihrem Verlauf aber ziemlich unregelmäßig, oft mit monatelangem Stillstand; dieselbe kann sich über eine ziemlich große Strecke ausbreiten, oft beginnt Vernarbung in der Mitte mit meist glatter Oberfläche. Die Narben selbst sind weich und zart. Die lokale Infektion mit dem jedem einzelnen Falle eigentümlichen Fungus ist augenscheinlich die einzige Ursache der Krankheit, in manchen Fällen war ein Trauma nachweisbar.

Als typische histologische Veränderung wird eine ausgiebige Hyperplasie des Rete beschrieben, mit Fortsätzen bis tief ins Korium hineinragend; in den vielfach verzweigten Reteleisten sitzen miliare Abszesse. Diese enthalten besonders häufig die charakteristischen Mikroorganismen und Riesenzellen. Das Korium selbst ist Sitz mehr weniger intensiver Entzündungsphänomene, ganz besonders in der Nähe der Gefäße und wird außerdem reichlich von kleinsten Abszessen durchsetzt. Mastzellen, Riesenzellen, tuberkelähnliche Knötchen, werden gelegentlich beschrieben. Wo die Zellinfiltration zu dicht auftritt, wird das Kollagen völlig zerstört. Die Organismen selbst finden sich teils in den Abszessen, teils zwischen den Epithelzellen und dem Korium, immer von mehr weniger ausgeprägten Entzündungserscheinungen umgeben. Die beste Färbung für dieselbe ist die von Unna mit Methylenblau und Orangetannin. Am einfachsten sind die Pilze nachweisbar in frischen und auch gehärteten, ungefärbten Präparaten mit 10—30% Aetzkalklösung, dieselben erscheinen dann als doppelt konturierte, stark lichtbrechende Körper.

Kulturen können leicht erhalten werden, besonders von den miliaren Abszessen, die Mehrzahl derselben auf den usuellen Nährböden angehend, sind in Reinkulturen zu gewinnen. Die einzelnen Organismen zeigen aber in den einzelnen Fällen bedeutende Verschiedenheiten, so daß dieselben möglicherweise in verschiedenen botanischen Gruppen untergebracht werden müssen; allen gemeinsam aber ist die Knospung.

Die sich in weitgehender morphologischer Variabilität präsentierenden, als Blastomyzeten gedeuteten Keimarten sind im Gewebe dem Nachweise am ehesten mittels der Aetzkalkprobe zugänglich.

In therapeutischer Hinsicht ist ein radikaler Erfolg von der totalen Exzision lokal bleibender Krankheitsformen

zu erwarten, während Curretage Rückfälle nicht verhindert hat. Große Dosen von Jodkalium — bis zu 30 g pro Tag — scheinen das Weiterschreiten der Krankheit zu verhindern und bis zu gewissem Grade Vernarbung der erkrankten Partie zu bewirken, jedoch ohne völliges Verschwinden oder Ausbleiben von Rezidiven zu erreichen. In einigen Fällen wurden die übrigbleibenden Veränderungen erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt. Obschon das Leiden meist einen umschriebenen, an den angeführten Prädiaktionsstellen lokalisierten Sitz einzuhalten pflegt, so kann es gelegentlich doch zu einer Allgemeininfektion kommen. Unter 32 Fällen amerikanischer Beobachter sah *Montgomery*, der die einschlägige Statistik um drei weitere genau verfolgte Wahrnehmungen bereicherte (*Journ. Amer. Med. Assoc.* XXXVIII. 1486. 1902), nur z w e i einen tödlichen Ausgang nehmen. N.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber chronische Gonorrhöe und Gonokokkennachweis. Von *F. Meyer*.

Die zahlreichen Untersuchungen des Autors hatten den Zweck, den Nachweis zu führen, in wie viel Fällen von chronischer Gonorrhöe Gonokokken mit Sicherheit zu konstatieren sind und welche von den für diese Zwecke vorgeschlagenen Methoden die geeignetste und zuverlässigste wäre. Es kam dementsprechend zunächst einmal zum Vergleich der Resultate, wie sie die einfache mikroskopische Untersuchung und die kulturelle Methode ergeben. In 90 auf diese Weise untersuchten Fällen bestand 58mal Kongruenz der Befunde, in den restlichen 32 Fällen zeigte 29mal die Kultur Gonokokken, welche dem mikroskopischen Präparat fehlten, dagegen fanden sich umgekehrt dreimal im Präparat Gonokokken, während die Kultur ein negatives Resultat hatte. Daraus ergibt sich zweifellos eine Ueberlegenheit der kulturellen Methode gegenüber der mikroskopischen. Weitere Untersuchungen zeigten, daß sicherlich Irritationen der Harnröhrenschleimhaut geeignet sind, die aus dem Sekret bereits geschwundenen Gonokokken neuerdings auftreten zu lassen, daß aber auch hier die Kultur ihre Ueberlegenheit erweist, da sie es gestattet, den gleichen Nachweis vom Vorhandensein der Gonokokken auch ohne die vorausgegangene Reizung (also aus dem scheinbar gonokokkenfreien Sekret) zu

führen. In Bezug auf die numerische Häufigkeit des Befundes gelangte der Autor zu dem Resultat, daß unter den genannten 90 Fällen 50% einwandfreie Gonokokken bei den verschiedenen Untersuchungsmethoden ergaben. Begnügt man sich mit der einfachen mikroskopischen Untersuchung, so steigt die Zuverlässigkeit des Befundes mit der Häufigkeit der vorgenommenen Prüfungen.

Bloß 18mal konnte auf die Behandlung hin unter den erwähnten 90 Fällen Heilung erzielt werden; dabei ist jedoch mit dem Umstand zu rechnen, daß eine beträchtliche Zahl der Kranken sich der Behandlung entzog und die Heilung als bakteriologische Wiederherstellung zu verstehen ist. Nach diesen Ausführungen klingt es als selbstverständlicher Schluß, daß die kulturelle Methode von keiner anderen der geübten Untersuchungsmethoden erreicht wird, wenngleich sie keineswegs das Ideal einer Methode darstellt. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36, 1903.) D.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Cavernitis gonorrhoeica. Von S. Grosz.

Wenn unsere Kenntnisse über die feinere Anatomie der Cavernitis keine besonders reichen sind, so hat das nicht zum wenigsten seinen Grund darin, daß die Gelegenheit zur Exstirpation und damit zur anatomischen Untersuchung sich ziemlich selten bietet. Gr. kam nun in die Lage, das entsprechende Material zu gewinnen. Es handelte sich um einen Kranken, bei welchem im Verlauf einer (anscheinend) akuten Gonorrhöe in der Mitte der pars pendula an der Unterseite des Penis ein Knötchen auftrat, welches sich weiters zu einem nußgroßen Abszeß umgestaltete, von welchem sich ein federkielddicker Strang bis an die Urethra verfolgen ließ. Anamnestisch wäre zu erwähnen, daß das genannte Knötchen als Residuum eines vor 5 Jahren an der gleichen Stelle etablierten periurethralen Abszesses zurückgeblieben war, der damals Spaltung erforderlich gemacht hatte. Jetzt willigte der Kranke nicht nur in die Spaltung des neuerlichen Abszesses, sondern auch in die gleichzeitige Entfernung des Stranges. Der Abszeßleiter ergab reichlich Gonokokken, ebenso konnten im exzidierten Gewebstück an vielen Stellen intrazellulär gelagerte Gonokokken nachgewiesen werden.

Das anatomische Bild des Gewebstückes ist insoferne kein reines, als sich neben alten Veränderungen von dem vor Jahren stattgehabten Prozeß solche neueren Datums befinden. Dort, wo das (vom ersten Prozeß herrührende) Narbengewebe von der

frischen Entzündung verschont war, zeigte es den Aufbau aus Bindegewebeelementen, die reichlich von weiten Gefäßen durchzogen waren, während sich als Reste des ursprünglichen Schwellkörpers bloß einzelne Züge glatter Muskulatur erhalten hatten. In diesem alten Herde traten gegen die Mitte zu die akut entzündlichen Veränderungenzutage, locker gefügte Bindegewebelemente, leukozytäre Infiltrate, die zentral einen abszeßähnlichen Herd bilden. Nirgends aber findet sich die Spur eines Drüsenganges oder Drüsenrestes, so daß der Autor sich gegen eine Verallgemeinerung der Finger'schen Anschauung ausspricht, daß die Entzündung längs dem Ausführungsgang der Littré'schen Drüsen ins Schwellgewebe gelange.

Der Nachweis der Gonokokken im Gewebe ist von Bedeutung, weil wir darin die anatomische Erklärung für die von vielen Klinikern bereits konstatierte Tatsache der Rekrudescenz alter Herde bzw. Prozesse bei neuerlicher Infektion haben. Ja es wird zu erwägen sein, ob es sich in solchen Fällen überhaupt um *N e u i n f e k t i o n* und nicht um *A u t o i n f e k t i o n* aus dem alten Herde handle. Therapeutisch sei noch angeführt, daß der operative Eingriff nicht nur keinerlei Funktionsbehinderung zurückließ, sondern vielmehr die nach der ersten Erkrankung zurückgebliebene, allerdings leichte Deviation bei Erektionen vollständig behob. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol., XXXVII, Nr. 3.) D.

Röntgen-Befund nach Jodipininjektionen. Von M. Landow.

Durch die Untersuchungen E. S e h r w a l d s ist es seit lange bekannt, daß die Halogene sowohl im reinen Zustand, als auch in ihren chemischen Verbindungen für die Röntgen-Strahlen in hohem Grade undurchlässig sind. Das Jodipin stellt eine solche chemische Verbindung dar, und es hat nichts überraschendes, wenn wir dasselbe im Röntgen-Bilde nachweisen können. Nur wird man, wie im Falle L a n d o w s, der einen Patienten betraf, bei welchem es sich um Feststellung eines vermuteten Knochenabszesses — der sich übrigens tatsächlich vorfand — handelte, doch in Schwierigkeiten geraten, wenn man im Röntgen-Bilde des Muskelgewebes auf eigentümliche, längliche, dunkle Streifen stößt und sich diesen Befund erklären soll. Freilich dachte der Autor sofort an die, wenn auch bereits vor fünf Monaten, vorausgegangenen Jodipininjektionen, aber immerhin kam auch vermöge der eigentümlichen Anordnung entsprechend den Muskeln Myositis ossificans in Frage. Tatsächlich konnte L. durch die vom Patienten zugelassene Probeexzision die

Diagnose bestätigen, da das exstirpierte Fettstückchen nicht nur im Röntgen-Bilde neuerdings als starker Schatten erschien, sondern auch bei der chemischen Nachprüfung noch Jod ergab. Bei der häufigen Verwendung des Jodipin in der Syphilistherapie bedarf die Wichtigkeit dieses Befundes kaum der besonderen Hervorhebung. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 38, 1903.) D.

Laryngologie und Rhinologie.

Totalexstirpation des Larynx ohne Narkose. Von Prof. Dr. V. v. Hacker.

Bei einem 62jährigen Manne hat v. H. wegen Karzinom die Totalexstirpation des Larynx ohne Narkose ausgeführt, und zwar in hängender Kopflage ohne Tamponkanüle. Infiltration der Weichteile mit Akoinlösung und Bepinselung der Schleimhaut mit Antipyrin-Kokainlösung. Die Trachea wurde im Ingulum fixiert und durch einen nach oben verschobenen, doppelt gestielten Hautlappen auch in der hinteren Zirkumferenz umsäumt und so vom Pharynxraum völlig getrennt. Heilung ohne jegliche Komplikation. Patient hat in drei Monaten um 10 kg zugenommen. Obwohl nicht die geringste Kommunikation der Luftröhre mit dem Mundrachenraum besteht, entwickelt sich bei ihm eine schon jetzt ziemlich gut verständliche Pseudostimme, wie dies von einigen früheren gleichartigen Fällen bereits bekannt ist. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12, 1903.) Weil.

Zur operativen Behandlung akuter Larynxstenosen. Von Dr. Trumpp.

T. legt dar, daß mit der fortschreitenden Technik der Intubation und Verbesserung des Instrumentariums die Tracheotomie immer seltener in Frage kommen wird; doch soll man den Angehörigen, falls Zeit dazu bleibt, die Vorteile und Gefahren beider Methoden darlegen und ihnen die Wahl lassen. Ferner muß der Arzt den Kranken sowohl nach der Intubation als nach der Extubation so lange persönlich überwachen, bis die Atmung frei im Gange ist und eine momentane Gefahr ausgeschlossen erscheint. Schließlich darf er den Patienten nur dann verlassen, wenn er ihn der Obhut einer zuverlässigen, gut unterrichteten Pflegerin anvertrauen kann, darf sich auch nicht allzu weit und allzu lange vom Hause des Kranken entfernen. (Das ist wohl etwas viel verlangt!

Ref.) T. gibt nun mehrere Winke bezüglich der Technik der Einführung und der Wahl der Tube. Diese muß immer leicht und schonend einzuführen sein, soll aber doch möglichst großes Kaliber haben zur Vermeidung der zwei unangenehmsten Zufälle in der Nachbehandlung: der plötzlichen Verstopfung der Tube und des Aushustens derselben; anderseits wird durch zu großes Kaliber die Gefahr des Dekubitus vergrößert und diese Erwägung führt von selbst zur Wahl von Tuben, welche die Schleimhaut möglichst wenig drücken, also von elastischen Tuben. T. versuchte zunächst solche, deren Mittelstück aus einer federnden Spirale besteht und verwendet jetzt solche aus Durit, einer besonderen Gummiart. Diese schmiegen sich der Form des Larynxinnern an und geben jeder Bewegung nach, so daß die Entstehung eines veritablen Druckgeschwürs ausgeschlossen erscheint. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, 1903.) Weil.

Mitteilung über Anästhesin. Von Dr. Courtade.

Das Anästhesin (Paraamidobenzoësäureaethylester) ist ein Derivat des Orthoforms, in Wasser wenig, in Glyzerin sehr leicht löslich, gänzlich ungiftig (ein großer Vorteil gegenüber dem Kokain) und von stundenlanger Wirksamkeit. Dr. C. berichtet über die Anwendung des Mittels bei Kranken mit tuberkulösen oder syphilitischen Rachen- und Kehlkopfgeschwüren, denen das Schlucken infolge der Schmerzen vollständig unmöglich war und die nach einer einzigen Applikation des Mittels (Einblasung in Pulverform) anstandslos essen konnten. (Ref. kann diese Angaben aus eigener Erfahrung vollkommen bestätigen.) — (Académie de Médecine, 17. März 1903.) Weil.

Ein Schutzschleier am Reflektor für Halsoperationen. Von Dr. Bruno Alexander.

Jeder Arzt wird es wohl schon unangenehm empfunden haben, wenn ihm bei Operationen im Rachen oder Kehlkopf Blut oder Eiter, bei Spülung des Ohres Spülflüssigkeit ins Gesicht gespritzt ist. Anderseits üben häufig lungenkranke Aerzte in klimatischen Kurorten laryngologische Praxis aus und husten dabei ihre Patienten an. Die Unannehmlichkeit und Infektionsgefahr ist also eine gegenseitige. Deshalb hält A. einen entsprechenden Schutzschleier für durchaus notwendig und hat einen solchen konstruiert, der am Stirnband des Reflektors zu befestigen ist, selbstverständlich Oeffnungen für die Augen und in der Mitte einen horizontalen Drahtbügel besitzt, der die Aussicht nach unten freihält und das

Anlegen des Schleiers an Mund und Nase während der Inspiration verhindert. Der Schleier ist aus Billrothbattist und kann nach jedemmaligem Gebrauche desinfiziert werden. (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 10, 1903.) Weil.

Zur Behandlung der Nasenflügelansaugung. Von Dr. K. M. Menzel.

Bekanntlich wissen wir seit M. Schmidt, daß die Klagen mancher Kranker über Undurchgängigkeit der Nase nicht in Veränderungen ihres Innern begründet ist sondern in der Beschaffenheit der Nasenflügel. Diese sind schon in der Ruhelage dem Septum etwas genähert und legen sich bei jeder Inspiration demselben vollends an; das kann ein- oder beiderseitig stattfinden. Zur Beseitigung dieses Uebels werden meistens in das Vestibulum nasi eingelegte, mehr weniger sichtbar zu tragende Prothesen verwendet; am bekanntesten ist der Dilator von Feldbausch. In seltenen Fällen kann man durch Ausschneiden eines Keiles aus dem Septum mobile (s. dieses Centralbl., März 1903, S. 164. Ref.) zum Ziele kommen.

M. wandte gegen dieses Leiden in zwei Fällen die Gersuny'sche Paraffinprothese an, indem er eine entsprechende Menge eines Vaseline-Paraffingemenges in die Nasenflügel injizierte. Vorher wurden dicke Wattepfropfe eingeführt, welche die Nasenflügel vom Septum abhoben und eine Vorwölbung des Knorpels gegen die Nase zu verhindern sollten. Einmal war M. trotzdem genötigt, einen Teil des nach dem Innern vorgewölbten Knorpels nachträglich abzutragen. Das funktionelle, wie auch das kosmetische Resultat war ein sehr gutes; die versteiften Nasenflügel konnten nicht mehr an das Septum angesaugt werden. — (Münch. med. Wochenschr., Nr. 18, 1903.) Weil.

Die Eröffnung der Kieferhöhle im mittleren Nasengange. Von Prof. Dr. A. Onodi.

Die Behandlung der chronischen Eiterungen der Kieferhöhle erfolgt noch immer nicht nach allgemein akzeptierten Grundsätzen und zwischen den radikalsten Eingriffen (gegenwärtig erscheint die Methode von Caldwell-Luc als die rationellste) und den möglichst konservativen Methoden (mit denen namentlich Weil schöne Resultate erzielt hat) hat jede mögliche Zwischenstufe ihre Anhänger. O. hat sich mit der Frage der Eröffnung der Kieferhöhle vom mittleren Nasengange aus beschäftigt, auf welche schon Zuckerkandl die Aufmerksamkeit gelenkt hat und die von

Siebenmann u. a. in etwas gewaltsamer Weise mit dem kleinen Finger, bei stärkerer Wandung mit dem scharfen Löffel vorgenommen wurde. O. hat zu diesem Zwecke ein eigenes Instrument konstruiert, einen Dilatationstroikart in Form einer kräftigen Pinzette mit krummen, überkreuzten, vorne spitzen und scharfen Branchen. Mit der geschlossenen Pinzette wird der Einstich gemacht, durch Druck auf die Mitte der Pinzette werden die scharfen Branchen auseinander getrieben und schneiden bis 2 cm lang in die mediale Kieferhöhlenwand ein. Die Ränder dieser Oeffnung werden mit einem geeigneten Konchotom abgetragen, dann ist Raum genug selbst zur Tamponade der Kieferhöhle. Zu beachten hat man nur nach vorne den Ductus nasolacrymalis und nach oben die Orbita. Bei richtigem Ansetzen des Instruments kommen aber beide nicht in den Bereich desselben; außerdem muß man bei größerem Widerstand die Erweiterung unterbrechen. Sollte sich nachträglich noch die radikale Ausräumung der Kieferhöhle als nötig erweisen, so kann man diese immer noch in der Fossa canina eröffnen und gleich wieder schließen; man hat dann eben den zweiten Teil der Caldwell-Luc'schen Operation (in der Modifikation von Gerber) schon im vorhinein gemacht. — (Fränkels Arch. f. Lar., Bd. 14, H. 1, 1903.)

Weil.

Ueber Mandelschlitzung bei einigen Fällen von langwieriger und rezidivierender Lues der Tonsillen. Von Dr. Nicolai.

Bekanntlich beobachtet man häufig, daß rezidivierende luetische Affektionen sich immer wieder dieselben Stellen aufsuchen und daß ein lokal wirkender Reiz die Ursache dieser Erscheinung ist. N. hat nun bei der so häufig im Verlauf der sekundären Periode auftretenden Erkrankung der Tonsillen festzustellen versucht, ob nicht, abgesehen von den bekannten zahlreichen, von außen einwirkenden Schädlichkeiten, welche die Tonsillen treffen, in diesen selbst liegende Umstände die lokalen Rezidive verursachen könnten und glaubt diese Ursache in der früher vorhanden gewesenen chronischen Entzündung der Mandeln durch lakunären Katarrh und die bekannten Sekretpfropfe gefunden zu haben. Im allgemeinen heilen die Mandelerkrankungen bei der Allgemeinbehandlung mit ab, besonders wenn dazu noch eine lokale Behandlung — mit Sublimatätheralkohol, Chromsäure allein oder in Kombination mit dem Lapisstift — angewendet wird. Doch gibt es auch eine Reihe von Fällen, in denen die Mandelerkrankung und nur diese sich als hartnäckig erweist und fortwährend rezidiviert.

In diesen Fällen hat nun N. durch die Mandelschlitzung gute, zum Teile ganz überraschend schöne Erfolge erzielt. Die Schlitzung wird in der bekannten Weise mit dem stumpfen oder geschärften Schiellhaken vorgenommen. N. zieht den ersteren vor, weil er der Ansicht ist, daß die scharf durchschnittenen Gewebsbrücken leichter wieder zusammenheilen können als die stumpf durchrissenen. (Ref. teilt diese Meinung nicht; die nachträgliche Aetzung muß nur sorgfältig ausgeführt werden.) N. nimmt bei Lues nachher zur Aetzung 5% Chromsäurelösung, doch muß man das Herabfließen der überschüssigen Flüssigkeit sorgsam vermeiden und wegen der Giftigkeit der Chromsäure sofort mit Wasser nachspülen lassen. Bei sehr stark vergrößerten Tonsillen ist selbstverständlich auch die Abtragung derselben trotz vorhandener Lues strikte indiziert und wurde auch von N. in zwei Fällen mit vorzüglichem Resultat ausgeführt.

Der günstige Erfolg der Schlitzung zeigte sich in einer Reihe von Fällen direkt darin, daß früher Rezidive in der Mundhöhle rasch heilten und nur auf den Mandeln hartnäckig blieben, während später neue Affektionen im Munde auftraten und die Mandeln dabei frei blieben. — (Dermatol. Centralbl. Nr. 4 u. 5, 1903.)

Weil.

Augenheilkunde.

Augenverletzungen infolge von Blitzschlag. Von Prof. Vossius.

Schon in der vorophthalmoskopischen Zeit sind mehrfache Beobachtungen von vorübergehender oder dauernder Erblindung durch Blitzschlag publiziert worden. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um sogenannten Blitzstar, also um partielle unmittelbar nach dem Blitz oder erst im Laufe von Wochen sich entwickelnde Trübung der Linse mit oder auch ohne weitere innere oder äußere Komplikationen. Es können aber auch Verbrennungen der Lidhaut, Versengungen der Zilien, Ptosis, Bewegungsstörungen eines oder beider Augen, Hyphäma, Trübung der Cornea, Mydriasis, Miosis, Iritis, Glaskörpertrübungen, Chorioiditis, Chorioidalruptur, Netzhautblutung, Hyperaesthesia retinae, Neuroretinitis, Optikusatrophie, Akkomodationslähmung und Akkomodationskrampf infolge von Blitzschlag auftreten. Leber erklärt den Blitzstar durch katalytische Wirkung des Blitzstrahles und Eiweißgerinnung. Nagel nimmt einfache Erschütterung als Ursache an,

Praun denkt bei den einfachen Fällen an Kontusionskatarakt, bei gleichzeitiger Erkrankung des Uvealtraktes an Uvealkatarakt (Cataracta complicata). — (Schwarz, Enzyklopädie d. Augenheilk., 1902.)

Dr. J ä n n e r.

Die Geschichte der Trachombehandlung. Von Dr. Scholtz.

In der ursprünglich im Orvosi Hetilap. Szemészet 1902, Nr. 4, in ungarischer Sprache und dann im III. Bande der von Schulek redigierten „Ungarische Beiträge zur Augenheilkunde“ in deutscher Sprache veröffentlichten Monographie entwirft uns der Verfasser ein übersichtliches Bild der Geschichte der Trachombehandlung und lautet der Tenor dieser Publikation dahin, daß wir nunmehr nach zwei Jahrtausenden der medizinischen Forschung mutatis mutandis dort sind, wo Vater Hippokrates war. Daß es in der Trachombehandlung ebenso zu Verirrungen im medizinischen Denken gekommen ist, wie auf anderen Gebieten der medizinischen Disziplinen, braucht nicht besonders betont zu werden. Andererseits aber hat man bei der Trachombehandlung von jeher die auch jetzt noch üblichen drei Richtungen eingeschlagen: die medikamentöse, die mechanische und die operative Behandlung.

Die in extenso mitgeteilten Methoden in allen den erwähnten drei Richtungen, haben zum Teil nur noch historisches, zum Teil aber auch aktuelles Interesse und ist dieser Teil der Monographie keinesfalls für ein kurzes Referat geeignet, muß vielmehr im Originale nachgelesen werden. Hier möge nur noch die Behandlungsmethode skizziert werden, welche derzeit an der königlich ungarischen Universitätsaugenklinik in Budapest geübt wird. Beim akuten Trachom werden die Entzündungserscheinungen (Lichtscheu, Tränenfluß, Injektion) mit kühlen, eventuell lauwarmen Borsäureumschlägen und solchen Waschungen solange bekämpft, bis das Auge die Pinselungen mit Argent. nitricum verträgt. Sobald als möglich wird mit täglich einmaligen Pinselungen mit 2%iger Lapislösung begonnen, die nun so lange fortgesetzt werden, bis die Sukkulenz der Bindehaut soweit abgenommen hat, daß die darin sitzenden Follikel gut abgegrenzt und deutlich sichtbar geworden sind. Früher wurden nun diese Follikel nach einfacher Kokainisierung (5% Kokain) mit der Knapp'schen Rollzange, eventuell mit der Modifikation von Schmidt-Rümpfer ausgepreßt. Seit zwei Jahren werden die Follikel mittels Expressor von Kuhnt ausgepreßt und in neuester Zeit werden sie unter Kokainanästhesie nach Imre ausgekratzt. Unmittelbar nach der Operation wird die blutende Binde-

haut energisch gepinselt. Diese Pinselung hat nach der Erfahrung Scholtz's vorzügliche Wirkung: sie ist dem Kranken angenehm, stillt die Blutung und kommt die Höllensteinlösung zur Tiefenwirkung. Die postoperative Reaktion wird durch kalte Umschläge gemildert. Damit die wundgemachten Bindehautflächen nicht miteinander verwachsen, werden sie in den folgenden Tagen öfters mit der Sonde von einander getrennt. Vier, fünf Tage werden nun kalte Umschläge gemacht und nun wochenlang, eventuell zwei Monate lang die Bindehaut mit Lapis gepinselt. Im Falle die Sekretion trotzdem nicht abnimmt, und auch Pinselungen mit 5%iger Argentamin- oder 10%iger Protargollösung (beides nur schwache Ersatzmittel für Argent. nitricum) erfolglos bleiben, wird Keining geübt: etwas trockene Watta wird um die Branchen einer anatomischen Pinzette gewickelt, die Watta in 1‰ Sublimat getaucht und damit die Conjunctiva, eventuell bis aufs Blut abgerieben. Bleibt trotzdem die Lidbindehaut rau oder mit festeren papillären Hypertrophien bedeckt, dann wird die ganze Conjunctiva mit einem glattpolierten Blausteinkristall gestrichen (etwa zweimal wöchentlich) bis zur vollständigen Heilung.

Beim sogenannten chronischen Trachom wird sofort mit der Exstirpation der Follikel begonnen. Exzision der Uebergangsfalte und spezielle Behandlung des Pamus trachomatosus wird nicht geübt. — (Schulek, Ungar. Beitr. z. Augenheilk., Bd. 3, 1903.)

Dr. J ä n n e r.

Kinderheilkunde.

Die Beziehungen der sogenannten adenoiden Vegetationen zur Enuresis nocturna. Von Dr. Hugo Zwillinger.

Nach einem kritischen Resumé über die bisher publizierten Komplikationen der adenoiden Vegetationen, erörtert Autor 113 Fälle dieses Krankheitstypus, bei denen die Adenotomie aus verschiedenen Gründen indiziert war; in sechs Fällen bestand Enuresis nocturna. In dreien davon hörte der Harnfluß sofort nach dem operativen Eingriff auf, in einem Falle zwei, in einem anderen vier Wochen darnach, ein Fall zeigte keine Aenderung. Schlagenden Beweis bieten vor allem die Beobachtungen von sofortigem Schwinden der Enuresis nach der Adenotomie, aber auch die Fälle, die, den verschiedenartigsten therapeutischen Eingriffen trotzend, nach der Operation, wenn auch längere Zeit darnach, heilen.

Für den Zusammenhang zwischen adenoiden Vegetationen und Enuresis nocturna sind auch solche Fälle beweisend, in denen eine Rezidive nach erfolgreicher Operation, die Harnbeschwerden wieder zur Erscheinung bringt (Grönbeck). Solche Beobachtungen schließen eine bloß suggestive Wirkung der Operation aus. Die adenoiden Vegetationen sind jedoch nicht die alleinige Ursache der Enuresis nocturna. Vor allem ist für das Zustandekommen dieser eine gewisse Disposition notwendig. — (Pester med.-chir. Presse Nr. 40, 1903.)

Ueber Untersuchungen der Milch beider Brüste. Von Jul. Zappert und Adolf Jolles.

Von einer Amme ernährte Zwillinge zeigten das merkwürdige Verhalten, daß immer das von der linken Brust saugende Kind dyspeptisch wurde, wenn man jedes Kind immer von derselben Brust trinken ließ; die Dyspepsie schwand, wenn das erkrankte Kind die rechte Brust regelmäßig gereicht bekam. Wurde wahllos den Kindern bald die rechte, bald die linke Brust gereicht, so wurden beide Kinder dyspeptisch. Da Wägungen keine nennenswerte Differenz der Ergiebigkeit der Brustdrüsen ergaben, so war in der chemischen Analyse der Grund der merkwürdigen Beobachtung zu suchen. Es ergab sich bei diesbezüglichen Untersuchungen besonders ein höherer Gehalt an Trockensubstanz und Asche, sowie ein höherer Fettgehalt der linken Drüse.

Um Fehlerquellen bei Verwertung dieses Befundes möglichst auszuschalten, wurde nun in einem Ammenvermittlungs-Institut zehn Ammen die bei ihrem Eintreffen gestaute Milch der linken und der rechten Drüse gesondert abgezogen und untersucht. Die durch die Stauung geänderte Zusammensetzung der Milch alteriert das Ergebnis der vorgenommenen Analysen nicht zu sehr. In zwei Fällen war die Milch beider Brustdrüsen gleichwertig, in drei Fällen bestanden geringfügige Differenzen, in drei Fällen waren letztere groß und bei zwei Ammen bedeutend. Diese Unterschiede bestehen vornehmlich in Verschiedenheiten des Fettgehaltes und des Milchezuckers; geringe Schwankungen zeigt die Eiweißmenge.

Die linke Brust liefert meist ein nährstoffreicheres Produkt als die rechte. Der Fettgehalt war in acht Fällen, die Eiweißmenge in sieben Fällen links größer als rechts, die Milchezuckermenge in sechs Fällen links größer. In allen neun Fällen ergibt sich links eine größere Kalorienzahl.

Den Befunden ein physiologisches Gesetz zugrunde zu legen, können sich die Vf. nicht entschließen, sind vielmehr nicht abgeneigt, die Möglichkeit äußerer Umstände, vielleicht stärkeren Druckes (der rechten Hand) bei der Expression der linken Drüse, anzuerkennen.

Praktische Bedeutung dürften solche gelegentliche Verschiedenheiten nur in wenigen Fällen haben, da ja starke Reaktionen auf solche Differenzen kaum zu befürchten sind, und sonst ja der Säugling von beiden Brüsten trinkt. Manchmal könnten Differenzen in der chemischen Zusammensetzung der Drüsensekrete die Ursache der Dyspepsien von Brustkindern sein. — (Wien. med. Wochenschr. Nr. 41, 1903.)

Beitrag zur Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter mit gelabter Kuhmilch. Vortrag von Dr. Reinach.

Eine rationelle Fermenttherapie setzt die Möglichkeit voraus, aus Fäzesuntersuchungen die herabgesetzte Tätigkeit der Verdauungsdrüsen für Eiweiß-, Fett- oder Kohlehydratverdauung erschließen zu können. Für Fett und Kohlehydrat ist dies möglich auf mikroskopischem Wege, nicht sicher für Eiweiß. Die Labung der Milch nach v. Dungern bedingt feinflockiges Gerinnen der Milch im Magen. Durch diesen Labprozeß wird jedoch die chemische Verschiedenheit und die Eigenart der Kuhmilch-Eiweißkörper gegenüber denen der Frauenmilch nicht ausgeglichen. Reinach hat an 51 Kindern Versuche mit Pegnin-Milch angestellt und berichtet über 44 Genauen. Es waren nur kranke Kinder, 26 chronisch, 18 akut erkrankte. Von den chronischen heilten 8, gebessert mit akuten Rückfällen 6, dauernd nicht geheilt 12. Von 4 Atrophikern sind 3 nicht geheilt. Von den 18 akuten Fällen waren 11 leichter, 7 schwer krank; von ersteren sind 4, von letzteren 5 geheilt. Die Beobachtungszeit der chronischen Fälle erstreckte sich auf Wochen bis zu 5—6 Monaten; ebenso der akuten. Die täglichen Zunahmen betragen bis zu 30 und 40 g bei den chronischen Fällen. Die Gewichtsverhältnisse standen oft im Kontrast zu dem Befunde der Verdauungsorgane. Günstig wurden durchwegs die Magenbeschwerden beeinflusst. Rachitis wurde nicht gebessert. Gefährlich in der Fermenttherapie scheint die Zersetzungsmöglichkeit. Pegnin-Vollmilch wurde meist nicht vertragen, wenigstens im ersten Halbjahre.

Es hat sich also in den mit gelabter, verdünnter Kuhmilch behandelten Fällen chronischer Ernährungsstörung ein Vorzug von anderen Methoden nicht ergeben; wesentlich günstiger gestaltete

sich die Heilung akuter Verdauungsstörungen. Die unverdünnte Pegnin-Milch hat sich in wenigen Fällen für längere Zeit anwenden lassen. Zur Erhöhung der Eiweißverdaulichkeit ist die Labung prinzipiell zu erwägen, aber für die Bedürfnisse und Handhabung in der Praxis dürften solche Mischungen zu kompliziert sein.

Die Pegnin-Milch wird durchwegs gerne genommen. In einer größeren Zahl von chronischen und akuten Störungen mit vorwiegendem Erbrechen und Unruhe nach dem Trinken, wurden die Symptome in der günstigsten Weise beeinflusst. Fälle von Reizerscheinungen des Zentralnervensystems, die mit den Verdauungsorganen in Zusammenhang gebracht werden können, zeigten sofortiges Verschwinden dieser Zustände. — (Bericht der Kasseler Naturforscherversammlung; Wien. klin. Wochenschr. Nr. 42, 1903.)

Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung des Hydrokephalus interuus. Von Dr. N. P. Trinkler.

Der kongenitale Hydrokephalus internus gibt für die chirurgische Behandlung schlechte Aussichten. Etwas günstigere Chancen bietet die Behandlung des sogenannten erworbenen Hydrokephalus, der sich nicht in den ersten Tagen, bezw. Wochen, sondern nach Fontanellenschluß entwickelt. So schwierig jedoch oft die Unterscheidung des angeborenen und erworbenen, so schwer ist manchmal auch die Trennung des akuten und chronischen Wasserkopfes. Vom anatomischen Standpunkte kann man einen primären und einen sekundären Hydrokephalus unterscheiden. Lediglich bei ersterem ist die gegen die Flüssigkeitsansammlung gerichtete Therapie erfolgversprechend. Auf 24 Fälle von angeborenem berechnet die Statistik 16 von erworbenem Hydrokephalus. Vermutungsweise handelt es sich beim Hydrokephalus um eine Ependymerkrankung.

Untersuchungen, welche die Gemeinsamkeit der Ependymerkrankung mit solchen des Rückenmark-Zentralkanals ergeben haben, setzen die Bedeutung der chirurgischen Intervention beim angeborenen Hydrokephalus herab. Jedoch setzen gewiß auch wiederholte Punktionen vorübergehende Druckentlastung des Epithelialüberzuges der Hirnventrikel und des Zerebrospinalkanals und beeinflussen so den pathologischen Prozeß. Selbst die gewissen Hydrokephalusformen zugrunde liegenden Verwachsungen zwischen Plexus chorioideus und Foramen Monroi und ähnliche membranö-

Bildungen, können durch wiederholte Druckentlastung der Resorption oder anderen Veränderungen anheimfallen.

In dem vom Vf. beobachteten Falle handelte es sich um den neunjährigen Sohn eines Potators. Im 7. Lebensjahre — ein Jahr nach einem überstandenen Scharlach — stellten sich immer häufiger und intensiver werdende Kopfschmerzen und bald auch Nachlassen des Sehvermögens ein. Endlich kamen die Kopfschmerzen täglich und waren von Erbrechen begleitet, das Sehvermögen erlosch gleichzeitig auf beiden Augen, es traten unregelmäßige klonische Krämpfe aller Extremitäten auf, der Kopf nahm an Umfang sichtlich zu (54 cm im Umfang). Die Fontanellen und Nähte waren geschlossen. Gedächtnis und Intellekt intakt. Die Pupillen erweitert, schwach auf Licht reagierend; beiderseits beginnende Atrophia n. optici. Sonst keine Störung der nervösen Sphäre.

Ausgehend von der Diagnose: Hydrokephalus int. acquis. chron. wurde die Trepanation des Stirnbeines vorgenommen. Mittels einer Kanüle wurde durch die stark gespannte Dura von vorne nach hinten und von außen nach innen punktiert, wobei sich klarer Liquor in reichlicher Menge ergoß. Die eingestoßene Kanüle blieb liegen. Es waren bei der Operation 120 cm³ Flüssigkeit abgeflossen. In den nächsten Tagen nach der gut überstandenen Operation floß noch viel Liquor ab, das Kind fühlte sich wohl, die Temperatur betrug zirka 38·2, doch schon vom dritten Tag an 36·5—37°. Die Kopfschmerzen waren geschwunden, ebenso das Erbrechen. Am dritten Tage wurde die Kanüle entfernt.

Schon am Ende des ersten Tages besserte sich das Sehvermögen, die Lichtreaktion der Pupillen wurde normal und näherte sich der Augenspiegelbefund der Norm.

Der günstige Zustand dauerte zirka einen Monat. Wegen zeitweiser Verschlimmerung des Sehvermögens und Wiederauftretens des Kopfschmerzes wurde die Punktion durch die noch bestehende Knochenwunde wiederholt. In den nächsten Stunden wildes Schreien in bewußtlosem Zustand, doch deutliche, neun Tage anhaltende Besserung. Wegen plötzlich auftretender heftiger Kopfschmerzen dritte Punktion, die für einige Tage Besserung brachte. Darnach wurde das Kind der Behandlung entzogen.

Vf. widmet der Beobachtung einige epikritische Bemerkungen und empfiehlt energische chirurgische Intervention bei derartigen Erkrankungen. — (Arch. f. Kinderheilk., Bd. 37.)

Kleine Mitteilungen.

Oleum mercurioli (90% Hg) vom Apotheker Arvid Blomqvist (Stockholm). Das soeben empfohlene Mercuriolöl, welches dargestellt wird wie das von Welander empfohlene Mercuriol, nur daß hier nicht Kreide, sondern eine Fettmischung aus Lanolin und Mandelöl verwendet wird, hat den Vorzug, daß es neben dem Hg nur geringe Mengen fremder Substanzen enthielt. Ein Gramm desselben enthält 0.00027 g Aluminium-Magnesium. Diese geringe Amalgammenge erwies sich jedoch als genügend die Kugelbildung des Hg zu verhindern. Luft und vor allem Wasser zersetzen jedoch das Präparat sehr rasch, momentan geschieht der Zerfall, wenn das Präparat mit den Gewebssäften im Körper in Berührung gelangt. Es ist eine graue halbflüssige Masse, vom spez. Gew. 5.35, es wird bei einer Temperatur von 150 ° bereitet, ist daher vollständig steril; seine zähe Beschaffenheit verhindert das Amalgam, daß es sich zu Boden setzt. Das Hg. ist in demselben wie im Trockenpräparat Mercuriol in kleinen unregelmäßigen Körnern verteilt, welche mit größter Leichtigkeit die gewöhnlichen Kanülen passieren. Das Mercuriolöl enthält 90% Hg, ist eine salbenähnliche Masse, welches durch Verdünnung mit Mandelöl zu gleichen Teilen zur Injektion tauglich wird. Das Präparat muß vor Feuchtigkeit geschützt werden, wird in Töpfen mit ovalem Boden, enthaltend 25, 50 und 100 g des Präparats expediert. Die Töpfe und die zur Verwendung gelangenden Spritzen müssen ganz trocken gehalten werden. Die Verdünnung mit Mandelöl geschieht derart, daß das Mercuriolöl vor der Anwendung bis zur dickflüssigen Konsistenz erwärmt, mit einem Glasstab durchgerührt und kräftig geschüttelt wird; hierauf wird es direkt im Topfe mit der schon vorhin abgewogenen Menge Mandelöl abgewogen und beides wird dann wohl eingeschüttet, eventuell leicht erwärmt. Dieses 45% Hg enthaltende Präparat kann sofort zur Injektion benützt werden. Eine Reibschale darf bei der Verdünnung nicht verwendet werden. Vor jeder Füllung der Spritze muß das Präparat gründlich geschüttelt werden da sonst das schwere Amalgam rasch zu Boden sinkt. — (Hygiea, Zeitschr. d. Gesellsch. schwed. Aerzte, Stockholm, Juli 1903.)

K l e m p e r e r, Karlsbad.

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Hetralin ist ein Phenylhexamethylentetramin (ein weißer, nadelförmiger Körper, löslich in kaltem Wasser 1:14, in heißem Wasser 1:4), erteilt dem Harn eine stark saure Reaktion und soll deshalb dem Hexamethylentetramin resp. Urotropin bedeutend überlegen sein. Als Spezifikum bei Cystitis gonorrhoeica. Tagesdosis 1—1½ g.

Pyrenol (Benzoylthymylnatrium benzoyloxybenzoicum) ist ein weißes, in Wasser leicht lösliches Pulver von aromatischem Geruche und mild süßlichem Geschmacke. Empfohlen als sicher wirkend gegen Asthma bronchiale, gegen Pertussis, als mildes Antipyretikum, Antirheumatikum und Antineuralgikum. — (Pharm. Post Nr. 32, 1903.)

Eine therapeutisch wirksame Substanz aus der Hefe, Cerolin, Fettsubstanz der Hefe. Zur Erklärung der Wirkung der Hefe wird das Hauptgewicht auf den Fermentgehalt der Hefe gelegt. Bei Versuchen zur Feststellung der wirksamen Substanz fanden **R o o s** und **H i n s b e r g**, daß die abführende Wirkung zum großen Teile nicht mit dem Fermentgehalte in Zusammenhang steht, sondern sich auf eine durch Hitze nicht zerstörbare Substanz (also kein Ferment) zurückführen läßt. Der mit absolutem Alkohol erhaltene Extrakt zeigte die abführende Wirkung, welche dem Rückstand fehlte. Die Untersuchung des alkoholischen Extrakts ergab erhebliche Mengen von Neutralfett, während freies Fett fehlte oder nur in geringen Mengen vorhanden war. Der Fettgehalt der Hefe beträgt 3%. Der gefällte alkoholische Extrakt wurde in Pillen à 0.1 g dreimal täglich 1—2 Pillen, verabreicht. Die als Cerolin bezeichnete Substanz zeigte eine milde, aber nicht unbedingt verlässliche abführende Wirkung, andererseits wurde bei Diarrhöen durch Cerolindarreichung öfter Sistierung der flüssigen Entleerungen erzielt. Unter elf Fällen von rezidivierender Furunkulose wurde bei neun Fällen insoferne ein günstiger Erfolg erzielt, als die bestehenden Furunkel rascher austrockneten und schmerzlos wurden, die weiteren Furunkel spärlich und unter geringen Reizerscheinungen nachkamen und die Nachschübe bald ganz ausblieben. In zwei Fällen blieb jeder günstige Einfluß aus. Bei Akne wurde in einigen Fällen durch Cerolindarreichung Besserung erzielt. Es kommen demnach dem Cerolin die der Hefe als eigentümlich zugesprochenen Wirkungen zu. — (Münch. med. Wochenschr. Nr. 28 u. 29, 1903.)

Bei Enteritis der Kinder:

Rp. Natr. parakresotin. 0·1
 Tinct. laud. simpl. gtts. II
 Spirit. vin. Cognac 1·0
 Syr. gummos. 5·0
 Aq. destill. 25·0

D. S. Zweistündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Bei Herpes zoster:

Rp. Cocain. mur. 0·3
 Extr. cannab. ind. 10·0
 Mentholi 1·0
 Spirit. vin. conc. ad 100·0

D. S. Zum Verband.

Bei Herpes pro genitalis:

Rp. Bismuth. subgall. 1·0
 Acid. tannic. 5·0
 Amyl. tritic. ad 100·0

D. S. Streupulver.

Bei aufgesprungenen Lippen:

Rp. Alkannini 0·3
 Cerae alb. 2·0
 Cetacei 5·0
 Ol. olivar. 30·0

M. f. ungt. D. S. Lippensalbe.

Als Digestivum:

1. Rp. Tinct. Droser. rotundifol. 5·0
 Vin. pepsini 30·0

D. S. Dreimal täglich vor den Mahlzeiten ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

2. Rp. Cravini 0·3
 Dtr. tal. dos. Nr. XII.

D. S. Vor den Hauptmahlzeiten ein Pulver zu nehmen.

3. Rp. Papayotini 0·15

Sacchari
 Elaeosacch. menth. } $\bar{a}\bar{a}$ 0·3
 piper.
 Natr. bicarbon. }

M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.
 D. S. Nach den Mahlzeiten ein Pulver zu nehmen.

Bei Ekzema rhagadiforme mammae:

Rp. Ammon. sulfoichthyol. 4·0
 Lanolini } $\bar{a}\bar{a}$ 5·0
 Glycerini }
 Ol. amygdal. dulc. 1·0

M. f. ungt. D. S. Zum Einstreichen mittels eines Wattabäuschchens.

Bücher-Anzeigen.

Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Von

Dr. med. Raecke, Assistenzarzt der psych. und Nervenlinik in Kiel.
 Verlag von Karl Marhold. Halle a. S. 1903.

Der Monographie liegt ein Material von 150 Fällen zugrunde. Es werden die dem epileptischen Krampfanfall vorangehenden, die ihn begleitenden, sowie die ihm folgenden psychischen Störungen, endlich die unabhängig von epileptischen Insulten auftretenden transitorischen Bewußtseinsstörungen („Aequivalente“) gesondert besprochen. 31 ausführliche Krankengeschichten illustrieren die charakteristischen Eigentümlichkeiten der verschiedenen, bei jeder der genannten Gruppen zu beobachtenden Formen von psychischen Störungen, nämlich der traurigen und freudigen Verstimmung, der Halluzinationen, der traumhaften Dämmerzustände mit zwangsartigen Impulsen, der paranoiden Zustände, der stuporösen und deliranten Verwirrheitszustände. In einer zusammen-

fassenden Schlußübersicht hebt der Autor die allen epileptischen Psychosen gemeinsamen Eigentümlichkeiten hervor und nennt als solche (nach Siemerling): Rasche Steigerung und rasches Verschwinden der psychischen Störungen, Eigenartigkeit der Sinnestäuschungen (rote Farbe, konzentrisch andrängende Massen, impulsives Handeln, Gewalttätigkeit, Aehnlichkeit der Anfälle und Erinnerungsdefekt).

Die genannten Anhaltspunkte reichen jedoch nicht aus, um darauf die Diagnose „epileptische Bewußtseinsstörung“ zu gründen. Gesichert wird diese vielmehr nur durch die Feststellung epileptischer Antezedentien.

A. Sch.

Zur Frage der Dementia praecox. Eine Studie. Von Dr. Max Jahrmärker, Oberarzt der psych. Klinik zu Marburg. Verlag von Karl Marhold, Halle a. S. 1903.

Der Autor konnte sich bei genauem mehrjährigem Studium des Materials der Marburger Klinik überzeugen, daß Kraepelins Begriffsbestimmung der Dementia praecox vollkommen zutreffend sei. Selbst „bei naiver, nicht allzu moderner Betrachtung“ ist man imstande, Symptomenbilder, welche man früher anderen Formen von Psychosen zuzurechnen pflegte als der Dementia praecox zugehörig zu erkennen. Den Nachweis dafür liefert der Autor durch Anführung von Krankengeschichten solcher Fälle, welche, unter dem Bilde von Hysterie, von Stimmungsanomalien, von Paranoia, Amentia, selbst von seniler Demenz auftretend, sich im Verlauf als zur Dementia praecox gehörig erwiesen. Die Konstatierung dieser Zugehörigkeit ist wichtig schon mit Rücksicht auf die Prognose.

A. Sch.

Kopfschmerzen und verwandte Symptome. Von Prof. Dr. W. Schoen, Leipzig, Verlag von Moritz Perles. Wien 1903.

Die Broschüre gibt im ersten, mehr theoretisierenden Abschnitte eine Uebersicht der Arten des Kopfschmerzes, seiner Lokalisationen und seiner direkten Ursachen (Erhöhung des intrakraniellen Druckes, Gefäßmuskelkrampf, Synästhesie).

Im zweiten Abschnitte werden die Organe aufgezählt, deren primäre Erkrankung Kopfschmerzen veranlaßt. Mit besonderem Nachdrucke wird auf die Bedeutung von Augenstörungen für die Entstehung von Kephalgien und verwandten Symptomen hingewiesen: Uebersichtigkeit, schlechte Körperhaltung und Beleuchtung, asymmetrische Krümmung der Hornhaut, Weitsichtigkeit, Presbyopie, Anisometropie, Ueberanstrengung der Muse. recti interni, verschiedene Höhenlage der Augen, ungewöhnliche Arbeitshaltung sind die Ursachen krampfhafter Innervation der Augen, die sich als Innervations-Kopfschmerz fühlbar macht. Die genannten und anderweitige okuläre Erkrankungen werden vom Autor nicht bloß mit dem Kopfschmerz, sondern auch mit Neurasthenie, Migräne, Chorea, Epilepsie etc., in ätiologische Beziehung gebracht. Im Anschluß sind in gedrängter Kürze die gegen Kopfschmerz angewendeten Mittel genannt.

A. Sch.

An unsere Leser!

Das „Centralblatt für die gesamte Therapie“ tritt mit 1. Januar 1904 in seinen XXII. Jahrgang, doch in veränderter Form und vergrößertem Umfange. Das stetige Wachsen der einschlägigen Wissensgebiete, die fortschreitende Vertiefung des ärztlichen Könnens und Handelns sind die Gründe dieser Veränderung. Das Centralblatt soll von nun an zwar in demselben Umfange wie bisher therapeutische Gegenstände behandeln, doch auch die praktische Diagnostik, die Grundlage jeder rationellen Therapie, in seinen Inhalt einbeziehen. Da bis jetzt ein Centralorgan, aus welchem der Arzt sich ohne großen Zeitverlust wenigstens vorläufig über alle Fortschritte auf diagnostischem Gebiete orientieren könnte, nicht besteht, glauben wir durch diese Erweiterung des „Centralblatt für die gesamte Therapie“ einem Wunsche und Bedürfnisse entgegenzukommen.

Das „Centralblatt für die gesamte Therapie“ wird also seinen Lesern folgendes bieten:

1. **Originalartikel** und Uebersichten über die verschiedensten therapeutischen und diagnostischen Themen.

Dieselben sollen sowohl neueste Forschungsergebnisse bringen als auch Erfahrungen hervorragender Fachmänner in neueren Heilmethoden, ferner die Entwicklung leitender Grundsätze der Therapie und Diagnostik, die Behandlung und Diskussion der verschiedenen Fragen auf diesen Gebieten zum Gegenstand haben.

2. Der **referierende Teil** wird

- a) in demselben Umfange wie bisher über alle therapeutischen Fortschritte in allen Fächern der Heilkunde,
- b) in einem besonderen Abschnitte über alle Neuerungen auf dem Gebiete der klinischen Diagnostik unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der ärztlichen Praxis fortlaufend berichten,

- c) durch Mitteilung aller neu erscheinenden Arzneimittel und Arzneiformen sowie Rezeptformeln auch der Bereicherung der *Materia medica* genügend Rechnung tragen.

Die Redaktion hofft, gestützt auf zahlreiche und ausgezeichnete Mitarbeiter in Deutschland und Oesterreich, daß ihre Bemühungen, dieses Programm vollkommen zu erfüllen, auch die volle Befriedigung ihres geehrten Leserkreises erzielen wird.

Wien—Berlin.

Prof. Dr. Brieger

Geh. Medizinalrat in Berlin.

Dr. Emil Schwarz

Privatdozent in Wien.

Die Wasserbehandlung der Epilepsie.

Von **Dr. J. Sadger**, Wien-Graefenberg.

Genuine Epilepsie ist durch Wasser allein gar nie zu heilen. Das wußte schon Vinzenz Prießnitz genau, und da er Arzneien nicht geben mochte, nahm er in späteren Lebensjahren, als er bereits sehr viel Erfahrung besaß, Epileptische überhaupt nicht mehr an. Das Wasser allein genügt demnach nicht. Gibt's also bei der Fallsucht keine Hydriatik? Ich glaube doch wohl und werde reichlich Gelegenheit haben, dies zu erweisen. Nur darf man vom Wasser nicht mehr erwarten, wie von sämtlichen anderen Mitteln zusammen, nicht etwa fordern, es solle ein unheilbares Leiden noch heilbar gestalten. Zahllose Versuche wurden gemacht—auch ich weiß mich solcher nicht ganz unschuldig— durch bloße Hydriatik in Verbindung mit diätetisch-hygienischen Maßnahmen den *Morbus sacer* zur Heilung zu bringen, nie mit Erfolg, zum wenigsten nicht mit einem dauernden. Es gelingt mitunter, einen einzelnen Anfall zu coupieren, wie dies schon Vinzenz Prießnitz bekannt war, wenn zwischen der *Aura* und den Krämpfen nämlich genügend Zeit bleibt für hydriatische Applikationen, doch glückt es nie, die Anfälle dauernd zu unterdrücken, ja selbst nur länger hinauszuschieben.

Was also leistet das Wasser denn? Ehe ich die Antwort hierauf erteile, will ich zunächst auf jenes Mittel eingehen, das heutigentags für die Epilepsie als einziges wirkliches Heilmittel dasteht: das Brom in seinen verschiedenen Salzen. Seitdem Locock

es 1853 zuerst empfohlen und Auguste Voisin durch mehrere Aufsätze eingebürgert hatte, läuft jede Epilepsiebehandlung, auch wenn man noch andere Drogen heranzieht, doch stets auf die Wirkung des Broms hinaus. Und selbst der modernsten Therapie von Flechsig liegt einzig nur der Gedanke zugrunde, „durch eine methodische Darreichung des Opiums einen günstigen Boden für die nachfolgende Brombehandlung zu schaffen“. Tatsächlich ist Brom in manchen Verbindungen das einzige, was an sich schon vermag, die Anfälle häufig zu unterdrücken oder mindestens seltener und leichter zu machen. Und führte der chronische Gebrauch desselben nicht eine Reihe Nachteile mit sich, man würde es kaum zu ersetzen trachten. Doch sind die Erscheinungen der akuten und chronischen Bromvergiftungen oft derart leidig, daß man dieses Mittel nicht ausnützen kann, wie man gerne möchte. Wenn wir von den wenigen Fällen absehen, in welchen selbst wider kleine Tagesmengen von 2—4 g eine Idiosynkrasie besteht, so sind die Intoxikationsphänomene fast immer eine Folge der unerläßlichen großen Dosen. Mit je kleineren Quantitäten man auslangt, desto weniger läuft — natürlich *ceteris paribus* genommen — der Kranke Gefahr, dem Bromismus zu verfallen. Berücksichtigt man, daß Brom auch für den geheilten Epileptiker „fast ein Nahrungsmittel bleiben muß“, um ein Wort Auguste Voisins anzuführen, ein Nahrungsmittel, das man zum mindesten jahrelang braucht, nicht selten sogar das ganze Leben, so erhellt auf der Stelle, daß jeder Epileptiker der Bromvergiftung ausgesetzt ist und derselben tatsächlich häufig unterliegt.

Ist es nun möglich, den Gefahren des Bromismus zu begegnen, ohne auf den Segen des Mittels zu verzichten? Da haben die Untersuchungen Landenheimers¹⁾ zunächst festgestellt, daß im Anfang einer Bromkur von der eingeführten Drogue der größte Teil zurückgehalten wird und oft nur ein Zehntel zur Ausscheidung kommt. Erst wenn der Organismus mit jenem Präparat gewissermaßen gesättigt ist, kann dies seine volle Wirksamkeit entfalten.²⁾

1) Rudolf Landenheimer: „Ueber das Verhalten der Bromsalze im Körper des Epileptikers nebst Bemerkungen über den Stoffwechsel bei der Flechsig'schen Opium-Bromkur“, *Neurolog. Centralbl.* Nr. 12, 1897.

2) Féré, der umfassendste Bearbeiter der Epilepsie, erklärt geradezu, eine Heilwirkung kann nur dann erhofft werden, wenn das Mittel seine physiologischen Wirkungen hervorgerufen hat, nämlich Müdigkeit, Somnolenz, Erlöschen der Geschlechtslust, Aufhebung des Würgreflexes bei Reizung der Zungenbasis und des Pharynx.

Schon hier, bedünkt mich, kann die Hydriatik mit Nutzen einsetzen. Doch davon später. Was nun die Symptome des Bromismus betrifft, so ist häufig das erste eine starke Akne, die dem Kranken oft ganz unleidlich wird, ja ihn manchmal zum Abbruch der Bromkur nötigt. Man hat jener Akne durch Solutio Fowleri begegnen wollen, ja Gowers gibt von vornherein das Brom mit Arsen kombiniert, doch kann man die Erfolge kaum glänzend heißen. Gegen die Symptome von Magen und Darm soll wieder die innere Desinfektion des Verdauungstraktes Abhilfe schaffen, aber weder Naphthol, noch salizylsaures Wismuth nützen bei größeren Bromdosen viel. Auch die Bekämpfung der Salivation durch Tannin oder Hyoszyamin ist bei großen Brommengen kaum zu erreichen. Was vollends eine Reihe von psychischen und somatischen Veränderungen betrifft, wie Verlangsamung der geistigen Operationen. Minderung des Gedächtnisses, erhöhte Reizbarkeit und Zornmütigkeit, Müdigkeit der Muskeln, Herabsetzung, beziehungsweise Aufhebung der Haut- und Schleimhautreflexe oder gar die Erscheinungen der Bromkachexie, so werden die ersteren für nötig und unumgänglich erachtet als Zeichen, daß der Organismus mit Brom gesättigt sei, dann sind überhaupt die meisten Symptome kaum dauernd zu unterdrücken, wenn wir bei den großen Brommengen verbleiben. Sowie wir jedoch mit den Dosen herabgehen, entfällt der Schutz, den sie sonst verleihen.

Dieses böse Dilemma und beinahe sämtliche Mißhelligkeiten erspart die Verbindung der Brombehandlung mit der Hydriatik. Schon 1892 schrieb Albert Eulenberg die bedeutsamen Worte: ³⁾ „Hydrotherapeutische Prozeduren spielen nach meiner Meinung unter den hygienischen Schutz- und Kräftigungsmaßregeln bei Behandlung der Epilepsie eine höchst hervorragende Rolle; sie sind für die schweren Fälle, für anämisch-kachektische Zustände, für Verhütung und Beseitigung der üblen Folgen medikamentöser Behandlung geradezu unentbehrlich. Namentlich bei der therapeutischen Anwendung der Brompräparate haben wir in einer vorsichtig geübten Hydrotherapie das beste und fast nie versagende Mittel, um dem Eintritte schwerer Erscheinungen des „Bromismus“ entgegenzuwirken, um diese Erscheinungen, wenn

³⁾ „Ueber den jetzigen Stand der Epilepsiebehandlung“, Therapeut. Monatsh., Dezember 1892, S. 637.

sie schon vorhanden sind, zu bekämpfen, die allgemeine Erschlaffung zu heben, die darniederliegende körperlich-geistige Energie kräftig anzuregen.“

Der Nutzen der Epilepsie-Hydriatik besteht zunächst darin, daß sie uns erlaubt, das Brom nur in seinen Vorzügen zu brauchen, ohne seine Fehler mitkaufen zu müssen. Dies geht soweit, daß ich mir dreist die Behauptung gestatte, das Brom werde dadurch überhaupt erst Heilmittel, dadurch erst in sämtlichen Fällen hilfreich, daß wir es mit Hydriatik paaren. Zum zweiten jedoch nützt das Wasser selbständig, indem es den Kranken in seinem Allgemeinzustand hebt, seinen intellektuellen und Körperkräften, in Ernährung und Ausscheidung, und endlich weil es die Gefahren und Nachwirkungen der einzelnen Anfälle abkürzt und beseitigt, die anfallsfreien Zeiten zu normalen gestaltet.⁴⁾ Das sind fürwahr keine kleinen Leistungen, auch wenn das Wasser an sich nicht genügt, die Fallsucht zu heilen.

Ich sagte oben, nach der jetzt allgemein herrschenden Lehre sei der Körper zuerst mit Brom zu sättigen, ehe dieses seine Heilkraft entfalten könne. Dieses Anheizenmüssen durch eine Reihe von Tagen fällt bei einer gleichzeitigen Hydriatik fast gänzlich weg. Es ist eine vielfach gemachte Erfahrung, daß unter etwas länger währenden Halbbädern — diese kommen hier hauptsächlich in

⁴⁾ Ob es daneben, wie manche wollen, auch noch die Reflexerregbarkeit herabsetzt, erscheint mir zum mindesten äußerst problematisch. Zunächst sind die längeren feuchten Einpackungen, welche sonst die Erregbarkeit am meisten herabsetzen, beim Morbus sacer vollständig ineffektiv und jedenfalls nicht mehr Nutzen bringend, als die bloßen Halbbäder. Doch auch bei diesen konnte ich beobachten, daß, wenn ich sie allein, ohne Brom, verordnete, oft wenigstens zu Anfang ein Häufigerwerden der Anfälle eintrat, besonders dann, wenn die Badediener, wie sie es gewohnt sind, sehr kräftig reiben. Darum schreibe ich stets den letzteren vor, im Halbbad die Kranken bloß zu übergießen und nur leicht oder gar nicht zu frottieren und auch die Patienten überschütten sich lieber, als daß sie mitreiben. Endlich sei noch hervorgehoben, daß schon Vincenz Priesnitz, trotzdem er Nervöse von vornherein ausnehmend milde behandelte, doch bei Epileptikern die Wasserkuren zu aufregend fand und jene deshalb nicht annehmen wollte. War er einmal genötigt, sie doch zu behandeln, dann tat er dies mit den nämlichen hochtemperierten Halbbädern, die wir heute noch benutzen. Es genügen minimale Dosen Bromnatrium, die geringe Reizung durch die Halbbäder zu paralysieren und nur deren Vorzüge freizumachen. Man sieht ganz deutlich, wie Halbbad und pharmazeutische Drogue sich gegenseitig ergänzen und stützen.

Betracht — eine jede Droge viel rascher aufgesaugt, aber auch viel rascher ausgeschieden wird, als ohne das Wasser. Das ergibt bei Morbus sacer den Vorteil, die Wirkung des Broms oft am ersten Tag schon zur Geltung zu bringen, ohne daß wir die üblichen Vergiftungssymptome bis zur Sättigung des Körpers mitnehmen müssen. Mir scheint es ganz und gar überflüssig, daß der Kranke in seiner geistigen Potenz erst zurückgehen müsse, damit er den Segen des Broms genieße. Und er wird dieser Schädigung desto minder verfallen, als die Hydriatik noch einen ungeheuren Vorteil gewährt, den nämlich, die zur Verhütung der Anfälle nötige Dosis ganz außerordentlich mindern zu können. Wie häufig ist es, ja beinahe Regel, daß schwere Epileptiker unter gleichzeitigen Halbbädern schon mit einem Bruchteil, oft nur ein Zehntel ihrer sonstigen Dosis, das Auslangen finden, ich will einmal sagen, statt 8—10 nur 1—2 g pro die verbrauchen, noch dazu von dem harmlosesten aller Bromsalze, dem Natrium bromatum, welches wir in praxi einzig benützen. Es liegt auf der Hand, was dies bedeutet. Es heißt nichts weniger, als daß wir auf diese einfache Art der chronischen Bromvergiftung ausweichen. Und das umso eher, als just das Wasser den Körper ausnehmend tonisiert. Während sonst sogar bei relativ noch geringen Dosen, die nur entsprechend lange gebraucht werden, schon eine gewisse Kachexie besteht, eine allgemeine Erschlaffung, völlige Atonie der Gewebe, welke Haut, schlaffe Züge, hängende Brust etc. etc., so wird bei gleichzeitigem Wassergebrauche dies überhaupt gar nicht vorkommen dürfen. Ist es jedoch unter ausschließlicher Bromkur schon dazugekommen, dann gibt es wieder kein besseres Mittel, all diese Schäden in Kürze zu beseitigen, als eine entsprechende Hydriatik. Auch anämische und chlorotische Zustände, die namentlich jugendliche Epileptiker so gern befallen, lassen sich unter einer Wasserbehandlung gewöhnlich vermeiden. Ja, sogar der Akne, die oft schon nach ganz geringen Brommengen den Kranken belästigt (als Reiz des ausgeschiedenen Salzes auf die Talgdrüsen der Haut), kann man durch die eminente Hauptpflege infolge der Halbbäder am besten vorbeugen, beziehungsweise eine ausgebrochene wieder unterdrücken.

Und nun zu den Einzelheiten der Behandlung. Ich setze den Fall, ein schwerer Epileptiker mit täglichen Anfällen, der schon 10 g Bromnatrium pro die schluckt und trotzdem noch häufige Insulte bekommt, erhofft sich vom Wasser endliche Heilung. Es wäre ein Fehler, sofort neben einer geeigneten Hydriatik die

Dosis auf 1—2 g zu reduzieren, weil dies die Anfälle häufen hieße. Wohl aber wird man schon am ersten Tage auf 4 bis höchstens 5 g heruntergehen — mehr geben wir selbst bei einem Status epilepticus nicht — um dann nach 2—3 Tagen immer, wenn die Anfälle mindestens nicht häufiger wurden, um 1 g pro die herabzumindern. Bei der Tagesdosis von 2·0 Bromnatrium, die oft die Grenze des Erreichbaren darstellt, warte ich schon etwas länger zu, etwa 5 Tage, um dann, wenn möglich, auf 1·5 und schließlich auf 1·0 pro die zu fallen. Allerdings ist diese untere Grenze in schweren Fällen nur selten erreichbar, doch brauche ich anderseits die Menge von 2·0 am Ende der Behandlung kaum je zu überschreiten. Kriterium der richtigen Dosis ist die völlige Unterdrückung der einzelnen Anfälle oder mindestens wesentliches Seltenerwerden. Im übrigen sind die Grenzen der richtigen Bromnatriumdosen bei einer gleichzeitigen Wasserbehandlung recht eng gesteckt und bewegen sich schließlich zwischen 1—2 g. Die so rein empirisch bestimmte Menge bleibt dann Lebensnorm für mindestens Jahre, da bekanntlich auch scheinbar geheilte Epileptiker das Brom noch wenigstens 2—3 Jahre nach dem letzten Anfall fortsetzen müssen. In leichteren Fällen wird man sofort mit der kleineren Dosis von 2·0 Bromnatrium anfangen können und allmählich bis auf 1·0 herabgehen. Zweckmäßig ist es, die Tagesdosis auf einmal zu geben, am besten abends.

Was ist nun die spezielle Hydriatik des Morbus sacer? Hier ist zu unterscheiden die Allgemeinbehandlung, die wider das Grundleiden gerichtet ist, von jenen Maßnahmen, die man im Anfalle selber noch übt. Was die erstere betrifft, so ist die Auswahl eine recht geringe. Nach meinen Erfahrungen genügt überhaupt eine einzige Form: das tägliche Halbbad von 24—22 oder 22—20 Grad, direkt aus der Bettwärme durch 8—10 Minuten genommen, dem ich zeitweilig, wenn der Kranke einer Anstaltsbehandlung obliegt, ein zweites ebensolches am Nachmittage anfüge. Ein derartiges hochtemperiertes Halbbad mit viel Ueberschüttung und wenig oder gar keiner Frottierung (s. Anmerkung 4) ist dauernd dem Lebensplan des Epileptikers einzuverleiben. Er muß es mindestens jahrelang fortsetzen, am besten zeitlebens, selbst wenn er auf Brom schon verzichten konnte, und tut man gut, ein Familienmitglied oder einen Diensthofen für diese nicht schwere Prozedur abzurichten. Was von hydriatischen Applikationen sonst noch gerühmt wird, wie kühle Ganzabwaschungen, laue und kühle

Wannenbäder, Chapman-Schläuche auf den Rücken und „leichte“ Abreibungen, dann bei jüngeren und kräftigeren Individuen Tauchbäder von 14—12° und $\frac{1}{4}$ Minute Dauer, kurze Begießungen, ja selbst auch Douchen (unter schwachem Druck und nicht auf den Kopf), etwa in der Form: verteilter Fächer auf den ganzen Körper und Strahldouche auf Unterschenkel und Füße — dies alles erscheint mir wenigstens überflüssig. Nie hat mir eine der genannten Prozeduren je mehr geleistet, als das einfache Halbbad, wohl aber dem Kranken mitunter geschadet. Denn es braucht die Douche nur ein ganz kleinwenig kräftiger zu sein, die Erregung durch den thermischen Reiz des Tauchbads nur etwas stärker, als man voraussetzt, und es wird ein epileptischer Insult provoziert, den das einfache Ueberschüttungshalbbad gar nie verursacht. Auf der anderen Seite kann keine zweite Wasserprozedur die Resorption des Broms so fördern, wie just die letztgenannte Applikation. Aus all diesen Gründen sehe ich speziell beim Morbus sacer von den sonst erwünschten Variationen in der Allgemeinbehandlung vollständig ab und nütze stets wieder das längere Halbbad.

Hingegen kann man dem Nützlichkeitsprinzip der Variation in der Bekämpfung des einzelnen Anfalles Rechnung tragen, vorausgesetzt, daß man dazu noch Zeit hat, will sagen, daß zwischen der Aura und den Krämpfen sich Wasserprozeduren einschleichen lassen. Schon Prießnitzens Badediener wußten, daß sie durch Sohlenbäder mit kräftigster Friktion der beiden Füße und durch fleißig gewechselte kalte Umschläge auf das Genick und „um die Pulse“ so manchen Insult verhüten konnten. Wenn im Anfall eine Hyperämie des Gehirns besteht, was sich mit Gewißheit bekanntlich niemals entscheiden läßt, leisten diese Prozeduren oft gute Dienste, wie ich mich selbst in einzelnen Fällen überzeugen konnte. Von anderen Vorschlägen nenne ich den von Louis Fleury, durch Allgemeindouchen im Beginn der Aura den Insult zu kupieren. In neuerer Zeit riet wiederum Pick,⁵⁾ bei anscheinender Stauungshyperämie des Gehirns (deren Zeichen freilich nicht selten täuschen), demnach bei dunkel gerötetem Gesicht, geschwellenen Jugularvenen und stark klopfenden Karotiden den Kopf hochzulagern, zentrifugale Friktionen vorzunehmen, kalte Umschläge auf

⁵⁾ „Zur kombinierten Behandlung der gemeinen Epilepsie“, Bl. f. klin. Hydrotherapie, Nr. 3, 1891.

Kopf, Nacken und Genitalien zu machen, sowie die Füße andauernd und kräftig feucht zu frottieren. Bei blassem Gesicht und ausgesprochenen Zeichen von Gehirnanämie soll man hingegen die Arme hochheben, den Kopf nach Möglichkeit wagrecht lagern, unter ihn und auf die Genitalien warme Tücher legen, ferner zentripetale Streichungen vornehmen. Auch Paterson⁶⁾ hat ihm diese Ratschläge so ziemlich wörtlich nachempfunden. Endlich macht noch Straßer die wertvolle Anmerkung: „Bei manchen gutartigen Fällen von Epilepsie — insbesondere nocturna — scheint die abends durch 1—1½ Stunden applizierte Kühlhaube die Intensität der Anfälle tatsächlich herabzudrücken.“⁷⁾

Unter diesen Prozeduren mag man nach Belieben die Auswahl treffen. Ich selbst begnüge mich in geeigneten Fällen mit fließenden Fuß- oder einfachen Sohlenbädern (immer mit starkem Frottieren der Füße) und kalten Umschlägen auf das Genick, jede Minute gewechselt. In der Regel freilich muß man auf all diese Dinge verzichten, weil die Krämpfe der Aura viel zu rasch folgen. Ist aber der Insult über die letztere hinaus, dann läßt sich erfahrungsgemäß selbst mit den allerstärksten Reizen gar nichts mehr ausrichten. Mitunter liegt die Nötigung vor, postepileptische Symptome zu bekämpfen, z. B. Kopfschmerz, Somnolenz, psychische Depression oder selbst vorübergehende Charakteränderungen. Hier ist zunächst daran zu erinnern, daß die Allgemeinbehandlung mit laueren Halbbädern auch in dieser Richtung reformierend wirkt und jene postepileptischen Phänomene auf wenige Bäder von selber verschwinden. Will man aber trotzdem im einzelnen Falle als Helfer eingreifen, dann läßt sich mit kalten Ganzabwaschungen, mit einer Kühlhaube auf den Kopf (1—2 Stunden ganz kaltes Wasser), mit fließenden Fuß- oder Sohlenbädern (3—5 Minuten), oder mit kalten Kopfbädern ganz günstig wirken.

Endlich sind von intervallären Zeichen etwa bestehende dyspeptische Störungen durch Sitzbäder von 5—10 Minuten und 14—12°⁸⁾ im Verein mit dreistündlich gewechselten Leibbinden, sexuelle Aufregung durch ebenso hoch temperierte Sitzbäder von einhalb- bis ganzstündiger Dauer zu bekämpfen. Man versäume

⁶⁾ „Die Hydrotherapie bei Nerven- und Geisteskrankheiten“, Bl. f. klin. Hydrotherapie, Nr. 7, 1893.

⁷⁾ „Handb. f. physikal. Therapie“, herausgegeben von Goldscheider und Jakob, II. Teil, 2. Bd., S. 622 ff.

⁸⁾ Die Grade sind hier wie im ganzen Artikel in Réaumur angegeben.

auch nie, nach masturbatorischen Exzessen zu forschen und auf deren Abstellung mit Nachdruck zu dringen.

Zum Schlusse noch ein Wort über die hygienisch-diätetische Behandlung. Daß alle Spirituosen ganz unbarmherzig zu streichen sind, desgleichen Tee, Kaffee und stärkere Gewürze, braucht hier wohl nicht erst eingeschärft zu werden. Auch den Nutzen der reizlosen, blanden Diät, einer reichlichen Diurese und Darmentleerung, kennt heutzutage schon jeder Student. Hingegen möchte ich davor warnen, die Kost soweit zu restringieren, daß der Patient dadurch merklich herabkommt. Sehr zu empfehlen ist nach meiner Erfahrung eine halb- oder besser noch ganz vegetabilische Lebensweise mit besonderer Bevorzugung von Obst und grünen Gemüsen. Fügt man noch süße oder saure Milch, dann Butter und nicht-pikanten Käse hinzu, so vermag man sogar anämische, heruntergekommene Epileptiker ganz gut im übrigen auf Pflanzenkost zu setzen. Niemals bekommt man bessere Resultate in der Behandlung der Epilepsie, als durch Verbindung der vegetarisch-hydriatischen Methode mit kleinen Brommengen.

Ich glaube, im vorstehenden gezeigt zu haben, welche wichtige Rolle als Hilfs- und Heilmittel das Wasser bei Morbus sacer spielt. Wenn Matthes also meint: „Man wird bei dieser Erkrankung die Anwendung hydrotherapeutischer Maßnahmen nur aus den Indikationen einer guten Hautpflege und der Hebung des körperlichen Allgemeinzustandes raten,“ so glaube ich dem auf Grund meiner eigenen und vieler anderer Hydriater Beobachtungen auf das entschiedenste widersprechen zu müssen.

Die Heilung des chronischen Morphinismus durch eine neue Behandlungsweise.

Von **Dr. C. Engelskjön** in Christiania.

(III. Mitteilung.)

Seit der Veröffentlichung meines ersten Artikels über diesen Gegenstand (diese Zeitschr. Nr. VI. S. 321) habe ich zwei wertvolle Briefe empfangen, den ersten von einem norwegischen Kollegen, Herrn Dr. J. W. K. Holm, Direktor der Entziehungsanstalt „Tandem“, Nes, Hedemarken, den zweiten von dem bekannten Morphin-spezialisten Herrn Dr. med. Otto Emmerich in Baden-Baden. Dadurch ist es mir bekannt geworden, daß sowohl

Herr Dr. Holm als auch Herr Dr. Emmerich schon lange das Morphin als ein geschätztes internes Mittel gegen die Abstinenzsymptome der Morphinkrankheit angewendet haben.

Dies hat mir eine große Freude bereitet. Man wird nämlich zugeben müssen, daß meine isolierte Lage nicht besonders angenehm sein konnte, weil ja meine Beobachtungen mit einer halbhundertjährigen, bisher nie angezweifelten ärztlichen Auffassung in Streit geriet. Könnte ich angesichts dieser Tatsachen erwarten, daß meine Kollegen mir Aufmerksamkeit schenken wollten? Würde man die weitreichende Bedeutung der Tatsachen zugeben, daß ich mittels interner Morphingaben, die fast ein Vierteljahr hindurch täglich genommen wurden, einen Morphinismus, welcher durch Einspritzung einer bestimmten täglichen Morphindosis gleichzeitig unterhalten wurde, nicht im entferntesten zu verschlimmern vermocht hatte, während mein Zustand sich im Gegenteil deutlich besserte und mein Körpergewicht um 2.5 kg zunahm (Nr. VI. S. 327; Nr. VII. S. 386) und daß die Abstinenzsymptome, nachdem ich die Einspritzungen fortgelassen hatte, aber fortwährend mit der internen Morphinbehandlung fortsetzte, gänzlich nachließen? Würde man diese Reihe von Tatsachen, welche doch augenscheinlich auf eine gemeinsame Verbindung deuten, nicht einfach als ein Spiel der Zufälligkeiten auffassen? Die suggestive Gewalt des Angewohnten ist ja das ewige Hindernis des Fortschrittes.

Wäre von einem minder wichtigen Gegenstand die Frage gewesen, hätten solche Gedanken mich allerdings wenig beunruhigt. Wir kennen aber hinlänglich die furchtbare Bedeutung des Morphinismus, denn sieht man von den leichteren Graden und sonstigen Zufälligkeiten ab, ist jene Krankheit ja bekanntlich eine von den schrecklichsten, die existieren, und hat seit dem deutsch-französischen Krieg 1870 eine wahrhaft enorme Verbreitung erreicht. Nicht nur bereitet sie dem Befallenen unsägliche Leiden, macht ihn fürs Leben ungeschickt und bereitet ihm ein verfrühtes Ende, sondern, weil sie, ähnlich wie der Alkoholismus und die Syphilis, eine Degeneration des ganzen Nervenlebens herbeiführt, wird sie auch zum Verderben für das nachfolgende Geschlecht.

Die Tatsache, daß zwei erfahrene Spezialisten schon lange das Morphin als ein geschätztes internes Mittel gegen die Abstinenz benützt haben — in einer Abhandlung, wovon unten die Rede

sein wird, beruft E m m e r i c h sich schon auf 600 Fälle — hat dies jedoch mit einem Schlage verändert und läßt mich mit Sicherheit der Zeit entgegensehen, da der Morphismus freilich nicht aus der Welt gebannt, denn solches wird nimmer geschehen, sondern in seiner schrecklichsten Gestalt nur vereinzelt vorkommen wird, in jenen Fällen nämlich, wo die Kranken vorziehen, sich den Gefahren eines entwickelten Morphismus auszusetzen, anstatt das einzige Mittel entbehren zu müssen, welches die ersohnte Erleichterung anhaltender schmerzhafter Leiden herbeiführt. Unter anderen Bedingungen werden sie sich, lange bevor ihre vitalen Kräfte untergraben sind, der Herrschaft des Morphins ohne jede Schwierigkeit entziehen können, während sie sich gegenwärtig und aus Gründen, die hinreichend bekannt sind, nur allzu spät zu dem Kraftaufwand ermannen, den eine Entziehungskur immer voraussetzt, um schließlich doch allzu oft als ein trauriges Opfer der eingewurzelten mechanischen Gewohnheit des Spritzens zu fallen.*)

Aus den erwähnten zwei Briefen läßt sich nicht ersehen, auf welchem Wege die Herren E m m e r i c h und H o l m Kenntniss von der unerwarteten Anwendbarkeit des intern gegebenen Morphins als Heilmittel gegen die Morphinkrankheit bekommen haben, ob mit anderen Worten, diese auf Originalobservation beruht oder nicht. Ersterer scheint die Dosierungsweise, welcher A. F r o m m e sich bedient hat, zu kennen, denn mit Rücksicht auf die in meinem ersten Artikel erwähnte M ö r n e r'sche Tabelle (H. VII. S. 390) bemerkt er, daß die verhältnismäßig schwachen Dosen, welche als Ersatz für die hohen Einspritzungsdosen empfohlen sind, häufig im Stiche lassen, weshalb man zu anderen Methoden seine Zuflucht nehmen muß. Das glaube ich übrigens sehr gerne. Wie der Leser sich erinnern wird, habe ich mich auch rücksichtlich der F r o m m e'schen Dosen gehörig reserviert (S. 389), deren Brauchbarkeit ich ja gar nicht kenne; man wird ohne Zweifel sicherer, obschon langsamer, das Ziel erreichen, wenn man sich in Fällen mit bedeutenderem Morphinkonsum des von mir in meinem „Nachtrag“ (s. H. VIII) empfohlenen Verfahrens bedient, indem man das tägliche Einspritzungsquantum nicht auf einmal fortläßt, sondern stufenweise — anfänglich z. B. um die Hälfte, das Viertel u. s. f. — reduziert und das Entzogene mit passenden internen Morphin-

*) Wir kennen eine Dame, die, von einem mehrjährigen Morphismus befreit, sich später die Haut mit englischen Nähnadeln durchzustechen pflegte

dosen ersetzt. Es läßt sich nämlich voraussehen, daß man sonst eines von zwei oder vielleicht beides zugleich erleben wird, daß die in der Tabelle empfohlene Ersatzdosis sich zu klein erweisen wird, um Abstinenzen zu verhindern, und zu groß, um von der Magenschleimhaut vertragen zu werden. In beiden Fällen wird man die stufenweise Reduktion mit Vorteil benützen können. Sonst ist das gänzliche Fortlassen der Einspritzungen vorzuziehen.

Herr Dr. Holm, welcher nichts bezüglich dieser Behandlungsweise des Morphinismus veröffentlicht hat, bemerkt in seinem Briefe, den ich offen durch die Redaktion der „Tidskrift f. d. norske Lægeforening“ *) empfangen habe, daß er „auf diese Weise (nämlich mittels Morphinbehandlung per os) die Entziehungskur leichter abschließt“. Diese Behandlungsweise hat also für ihn nur die Bedeutung eines Hilfsmittels, durch welches man — wie sonst durch Einspritzungen mit Kodein, Dionin, Heroin — leichter über die Beschwerden des letzten Kurstadiums hinauskommt. Eine selbständige Kurmethode hat er nicht daraus gebildet. Uebrigens ist dies schon ein Fortschritt. In der allgemeinen Auffassung fußend, hat er befürchtet, daß eine dauernde interne Morphinbehandlung die chronische Vergiftung verschlimmern müsse. Die Bedeutung seiner Beobachtung, daß die von ihm als Schlußkur benützte Morphinbehandlung nicht sogleich eine Verschlimmerung der Symptome bei Kranken hervorrufen konnte, deren körperlicher Boden doch möglichst für die verheerenden Giftwirkungen des Morphins vorbereitet war, sondern daß dadurch eben Heilung erzielt wurde, hat er nicht gewürdigt und jedenfalls nicht als Leitfaden benützt. Sonst hätte er Untersuchungen, ähnlich wie die von mir vom 11. November 1902 bis zum 18. Jänner 1903 angestellten (s. Nr. VI. S. 327), unternommen. Uebrigens dürfte es eine Frage sein, ob derartige Experimente zulässig sind, wenn nicht der Arzt selbst sich in der Lage befindet, daß er seinen eigenen Körper als Versuchsobjekt benützen kann.

Herr Dr. Emmerich hat die Liebenswürdigkeit gehabt, mir einen Separatabdruck seiner im vorigen Jahre erschienenen Abhandlung „Unsere heutigen Wege und Waffen im Kampfe gegen den chronischen Morphinismus etc.“ (Allgemeine medic. Centralzeitung, Nr. 6, Berlin 1902**) zu senden. Jener verdienstvolle

*) Die norwegische Textredaktion meiner ersten Abhandlung wurde daselbst veröffentlicht.

**) Ist mir bisher unbekannt gewesen.

Forscher auf dem Gebiete der Morphintherapie hat daselbst mit einigen Worten seine Behandlung des Morphinismus mit Morphin per os erwähnt. Aehnlich wie H o l m, bedient auch E m m e r i c h sich des Morphins nur als eines gelegentlichen Hilfsmittels während der Entziehungskur, welche er also fortwährend benützt. Während dieser behandelt er den Morphinismus mit internen Medikamenten, durch welche er die erneuerte Resorption des im Verdauungstraktus ausgeschiedenen Morphins und dessen giftigen „Umwandlungsprodukte“ zu verhüten beabsichtigt. Besonders empfiehlt er zu diesem Zwecke die gerbstoffhaltigen Fol. Mathe und die Rinde des Baunes. „Die Experimente in der Praxis“, bemerkt er dann, „haben die theoretischen Erwägungen vollauf bestätigt. Es ist leicht zu erzielen, nicht nur die auf der Magen-Darmschleimhaut ausgeschiedenen Morphinium-Umwandlungsprodukte und toxischen Stoffe für neuerliche Resorption größtenteils ungeeignet zu machen, sondern — und dies ist von gar nicht hoch genug anzusetzendem Werte für die Behandlung des Morphinismus in Fällen schwerer und schmerzhafter Grundleiden, die ohne gelegentliche schmerzstillende Gaben von Morphinium oft gar nicht auskommen könnten — es kann auch während der Kur dreist und sogar häufig, falls erforderlich, Morphinium gegeben werden, ohne daß dadurch das schließliche Resultat in Frage gestellt würde.“

Während H o l m, wie es aus seinem Briefe ersichtlich wird, die Einspritzungen schließlich mit Morphin per os v e r t a u s c h t und also gänzlich damit aufhört, setzt E m m e r i c h mit den Injektionen fort bis ans Ende der Kur und gibt nur Morphin per os nebenbei, wenn es ihm gefordert scheint. Er benützt also auf diese Weise Morphineinspritzungen und Morphin per os gleichzeitig und macht dabei die Erfahrung, daß diese Therapie keineswegs störend auf das Resultat einwirkt. Eigentlich beobachtet er dasselbe, was aus meinem oben erwähnten Versuche hervorging, daß die chronische Vergiftung ausschließlich von dem Quantum des eingespritzten Morphins bestimmt wird (Nr. VI. S. 327), und daß sie schwindet, nachdem man damit aufgehört hat, unangesehen ob man mit dem internen Gebrauch des Morphins fortsetzt.

Die Opiumkachexie, welche durch das Opiumessen entsteht und sich auch durch fortgesetzten Konsum des Mor-

phins per os entwickeln wird, ist eine Form der chronischen Vergiftung, welche sich symptomatisch von der als Morphinismus bekannten und durch subkutane Einspritzungen entstandenen unterscheidet. Der Morphinismus entwickelt sich in kurzer Zeit, gewöhnlich schon nach Wochen, und kennzeichnet sich hauptsächlich durch Symptome, die ein Leiden der trophischen und sekretorischen Nerven angeben, untergräbt die vitalen Funktionen und bereitet dem Befallenen ein verfrühtes Ende. Abstinenz ruft Symptome der furchtbarsten Aufregung hervor. Die Opiumkachexie hingegen wird von Oesterlen folgendermaßen beschrieben: „Wurde aber Opium lange Zeit hindurch genossen, geraucht oder bloß gekaut, so wird die Verdauung gewöhnlich zuletzt bleibend gestört; der Appetit schwindet und statt der früheren Stuhlverstopfung treten jetzt nicht selten Durchfälle ein. Auch die Geschlechtsorgane, zuvor höchst reizbar, erschlaffen, desgleichen die Muskulatur. Die Leute magern ab, ihr Teint wird schmutzig, blaß, gelblich; sie verdummen, verlieren das Gedächtnis und verharren so in ihrem stupiden, stumpfen Zustand, bis sie wieder zum Opium ihre Zuflucht genommen. Unterleib, auch Leber, Milz schwellen oft an, ihr Körper krümmt sich und in allem machen sie den Eindruck, als wären sie lange vor der Zeit altersschwache Greise geworden. Doch scheinen diese Wirkungen oft übertrieben worden zu sein und vorzugsweise bei solchen einzutreten, welche überhaupt ein kümmerliches Dasein führen oder von Natur indolent und träge sind, wie z. B. bei Türken, Hindus, Chinesen. Den Beobachtungen zufolge, welche Christison (Toxikologie) von mehreren Briten anführt, scheint dadurch die Lebensdauer nicht immer beeinträchtigt zu werden. So erzählt er u. a. die Geschichte eines 80jährigen Weibes, welches in den letzten 40 Jahren täglich über $\frac{1}{2}$ Unze Laudanum zu verschlingen pflegte. Harrison aber fand, daß die Opiumesser Englands meist 50—60 Jahre alt werden; desgleichen würde dadurch nach Burnes Beobachtungen in Lahore und Macphersons seinen in Canton das Leben nicht eben verkürzt werden (F. Oesterlen, Heilmittellehre, Tübingen 1856, S. 758). Aehnlich wird die Krankheit auch von C. Schroff beschrieben (Pharmakologie, Wien 1856).

Freilich vermissen wir in dieser Schilderung eine erschöpfende Differentialdiagnose, weil der Morphinismus zur Zeit der Abfassung nicht oder nur jedenfalls wenig bekannt war. Jedoch wird man zugestehen müssen, daß man, wenn man von einzelnen Symptomen

absieht, welche bei keiner Form von Kachexie vermißt werden, wie Abmagerung, schlechtes Aussehen, Appetitlosigkeit u. dgl. m., das Symptomenbild des Morphinismus in jener Beschreibung nicht zu erkennen vermag. Vielmehr sind die Symptome denen des Morphinismus gegensätzlich; die Krankheit entwickelt sich spät, nach vieljährigem Opiummißbrauch, mitunter gar nicht; die ursprüngliche Obstipation geht nicht selten in Durchfälle über, das Geschlechtsleben ist im Anfang höchst gereizt, die Lebensdauer wird bei den Opiumessern nicht wesentlich verkürzt, und während der Abstinenz verfallen sie in einen stumpfen, stupiden Zustand, welcher gänzlich mit der gefährdrohenden Erregung der Morphinisten kontrastiert. Bei den „Morphinessern“ Europas können freilich Abstinenzen beobachtet werden, aber diese scheinen im Vergleich mit denen der Morphinisten so wenig hervortretend zu sein, daß ärztliche Hilfe wenig gefordert sein dürfte. erinnert man sich nun weiter, daß der chronische Vergiftungszustand der Morphinisten, deren körperlicher Boden schon möglichst vorbereitet ist, durch Morphinbehandlung per os gar nicht verschlimmert wird, sondern daß im Gegenteil eine Rückbildung der Symptome konstatiert werden kann und daß während jener Behandlung die Krankheit schwindet, nachdem man die Injektionen fortgelassen hat, so darf man doch als sehr wahrscheinlich behaupten, daß der durch subkutane Injektionen des Morphins erzeugte chronische Vergiftungszustand von dem durch Opium- oder Morphinessen entstandenen wesentlich verschieden ist.

Dann darf man aber auch weiter schließen, daß nicht das Morphin an sich den Morphinismus erzeugt, sondern daß diese Krankheit durch die Umwandlungsprodukte des Morphins entstehen muß. Sonst wäre es durchaus unbegreiflich, daß das per os genommene Morphin nicht nur nicht Morphinismus erzeugen sollte, sondern nicht einmal imstande wäre, einen schon vorhandenen Morphinismus zu verschlimmern.

Man darf also voraussetzen, daß jene spezifischen giftigen Umwandlungsprodukte des Morphins nur auf dem unnatürlichen Wege des Zellgewebes entstehen. Genaue Untersuchungen sind hier notwendig.

Jedenfalls dürfte die Morphintherapie mit Rücksicht auf alle diese Tatsachen im großen und ganzen verändert werden müssen.

Nachtrag.

Nachdem ich Obiges schon eingesandt hatte, bekam ich von einem hiesigen Morphintherapeuten, Herrn Dr. J. K. Torp in Lillehammen, die interessante Nachricht, daß schon Erlenneyer in seinem Buche von der Morphiunsucht und ihrer Behandlung (1883, S. 80) die innere Anwendung des Morphins während der Entziehungskur erwähnt hat. Nach Erlenneyer soll Burkart das Mittel benützt haben.

Hier haben wir offenbar die ursprüngliche Quelle, aus welcher Morphintherapeuten unserer Zeit ihre Kenntnis geschöpft haben.

Es ist übrigens recht sonderbar, daß eine schon so ziemlich alte Praxis nicht zu gründlicheren Untersuchungen Anlaß gegeben hat. Man ist bei der merkwürdigen Tatsache stehen geblieben, daß das Morphin, selbst häufig und in dreisten Dosen (wie lange?) per os gegeben, den Morphinismus nicht zu verschlimmern scheint, sondern daß im Gegenteil die Patienten dadurch leichter über die Krankheit hinwegkommen; aber die Frage, warum, ist bei niemandem entstanden. Auf diese Weise mußte aber die übliche Praxis immer eine sehr zweifelhafte bleiben, indem es sich immer befürchten ließ, daß die fortgesetzte innere Anwendung des Morphins doch am Ende die chronische Vergiftung verschlimmern müsse.

Die mir zugestellten Briefe lassen zum Teile nicht die Prioritätsfrage unberührt. So schreibt z. B. Dr. Holm, nachdem er die von ihm praktizierte Anwendung des Morphins während der Entziehungskur erwähnt hat: „Dies ist also nichts neues.“ Freilich darf ich doch behaupten, daß meine Morphinkur, die die Entziehungskur gänzlich ersetzt, durchaus neu ist, ebenso wie die Anschauungsweise und die Beobachtungen, auf welchen sie fußt. Auch darf es mir zur Beleuchtung der Frage erlaubt sein, untenstehende Zeilen zu zitieren, welche aus einer Abhandlung über das Prioritätsgesetz von W. Erb entnommen sind:

„Weiterhin scheint mir doch derjenige ein weit größeres Verdienst zu haben, der neue Tatsachen richtig gewürdigt, sie mit anderen Tatsachen in Verbindung bringt, sie wissenschaftlich und praktisch verwertet — als jener, der sie gelegentlich sieht und publiziert, ohne sie zu verstehen und weiter zu verfolgen, und der erst nachträglich auf ihre richtige Bedeutung und ihren Wert durch die Arbeit des anderen aufmerksam gemacht wird.“ (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3, S. 44, 1886.)

Beispielsweise kann hier erwähnt werden, daß das Hauptverdienst für die Entdeckung der Entartungsreaktion der Nerven W. Erb zugeschrieben wird, obgleich — wenn ich mich nicht irre — das Phänomen von über 15 Forschern vor ihm beobachtet und beschrieben worden ist. *Suum cuique.*

REFERATE.

Interne Medizin.

Zur Kenntnis und Verhütung des Jodismus. Von Lesser.

Allgemein wird angenommen, daß im Organismus bei saurer Reaktion bei Einfuhr von Jodverbindungen freies Jod abgespalten wird und so die Vergiftungserscheinungen, der Jodismus, hervorgerufen werden. Man gab deshalb, um die Abspaltung zu verhindern, Natrium bicarbonicum, Extr. Belladonnae, Sulfanilsäure etc., aber ohne nennenswerten Erfolg. Ueber die Art der Abspaltung des Jods sind mehrere Theorien aufgestellt worden, aber bis jetzt hat man noch niemals freies Jod im Organismus nachweisen können. Man glaubte, daß das freie Jod sofort von den Eiweißkörpern gebunden würde. Mit Ausnahme der Schilddrüse, enthält kein Organ eine Jodeiweißverbindung, sondern nur anorganische Salze sind nachweisbar. Es fragt sich daher, ob nicht Jodkali als solches ohne jegliche Spaltung die Vergiftungserscheinungen erzeugt, ebenso wie das Jodoform ohne Freiwerden von Jod den Jodoformismus hervorruft. Das Jodipin, das sich fast allein von allen organischen Jodpräparaten auf dem Marke erhalten hat, erzeugt, subkutan angewendet, keinen Jodismus, per os gegeben ruft es dieselben Vergiftungserscheinungen wie Jodkali hervor. Beidesmal findet eine Umsetzung und Ausscheidung von Jodkali statt. Während aber nach der Gabe per os eine Resorption nach wenigen Minuten nachzuweisen ist, erfolgt dieselbe nach subkutaner Injektion erst ganz allmählich, von dem Depot des Jodfettes ausgehend. Dementsprechend war Jod nach zehntägiger Injektion ein halbes Jahr lang nachweisbar. Die allmähliche, keinen Schwankungen unterworfenen Resorption bei Jodipininjektionen kann auch bei Darreichung von Jodkali erreicht werden durch häufige und geringe Dosen. Statt dreimal täglich 1 Eßlöffel, gebe man stündlich 1 Teelöffel. Der

therapeutische Effekt bleibt der gleiche und es gelingt fast immer, den Jodismus zu vermeiden. — (Verein f. innere Med. in Berlin; Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44, 1903.)

Versuche über die Theocindiurese am gesunden Menschen.

Von Prof Dr. med. H. Dreser.

Es wurden bei gesunden Menschen, nach Regulierung der Flüssigkeitszufuhr, die Purinbasen Koffein, Theobromin, Theocin auf ihre diuretische Wirkung untersucht. Am stärksten wirkte das Theocin auf die Steigerung der Wasserausfuhr. •

Die Entfernung von Wasser allein aus den Geweben der Wassersüchtigen würde jedoch nicht genügen, da das Blut und ebenso die Wasseransammlungen Hydropischer, trotz geringeren Eiweißgehaltes, noch ungeändert den Prozentgehalt des Blutes an Salzen besitzen, wie ihn der gesunde Mensch besitzt, oder er ist sogar etwas höher. Eine wirklich kurative Behandlung des hydropischen Zustands muß daher die Hinausbeförderung nicht bloß des Wassers allein, sondern auch der das Wasser bindenden Salze anstreben.

Da die quantitative chemische Analyse der Einzelbestandteile jeder einzelnen Harnprobe aus verschiedenen Gründen nicht durchführbar war, so mußte ein mehr summarisches Verfahren eingeschlagen werden und D. bestimmte zu diesem Zwecke durch den Gefrierpunkt des Harnes die Gesamtsumme seiner osmotisch wirksamen Bestandteile und durch die Messung seiner elektrischen Leitfähigkeit seinen Gehalt an Ionen, die aus den dissoziierten Salzen des Harnes stammen. Es zeigte, daß durch Theocin nicht nur die Ausscheidung des Wassers, sondern auch die der gelösten Bestandteile in die Höhe getrieben wird.

Daher ist eine derartige Diurese vom kurativen Standpunkte aus rationeller als die Darreichung der salinen Diuretica einerseits oder der in den Holztränken und officinellen diuretischen Tees andererseits eingeführten warmen Wassermengen, die nur nach Art der einfachen Wasserdiurese wirken können. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42, 1903.)

Ueber die Behandlung der funktionellen Störungen des Stuhlganges, besonders der Obstipation, durch hypnotische Suggestion.

Von Delius.

Der normale Stuhlgang wird nicht allein bedingt durch den Reiz, den die Kotmassen auf die Innervation der Rektumschleim-

haut ausüben, sondern er steht auch unter dem Einflusse zentraler Automatismen, die ihrerseits unter dem Einflusse von gewissen, meist unbewußt bleibenden Zeit- und anderen Vorstellungsassoziationen stehen. Das geht hervor einmal daraus, daß der normale Stuhl meist zu bestimmten Tageszeiten (nach dem Aufstehen, Frühstück u. s. w.) auftritt, dann, daß der einmal unterdrückte Stuhl drang bald wieder ganz zu verschwinden und sehr häufig sogar erst beim nächsten Termine sich wieder zu melden pflegt. Ferner haben Affekte und der Glaube des Patienten, daß dieses oder jenes fördernd oder hemmend auf die Defäkation einwirke, einen oft entscheidenden Einfluß.

Von den Momenten, die bei der Verstopfung in Frage kommen, ist das wichtigste die Trägheit der Innervation des Sympathikus, beziehungsweise das Fehlen der diese Innervation genügend stark und rechtzeitig erregenden Reize. Die gewöhnliche Ursache der Verstopfung ist die, daß der sich meldende Drang nicht rechtzeitig befriedigt wird. Er meldet sich dann erfahrungsgemäß immer schwächer und schließlich gar nicht mehr. Abführmittel und Klystiere sind direkt schädlich, da sie den Darm an größere Reize gewöhnen und beim Patienten die Vorstellung fixieren, daß es ohne Hilfe nicht geht. Anders bei der hypnotischen Suggestion. Durch sie regt man die trägen Automatismen wieder an, und indem man täglich zur bestimmten Zeit eine kräftige Innervationswelle erfolgen läßt, gewöhnt man diese unbewußten Automatismen wieder an die Norm.

Bei den funktionellen Diarrhöen liegt die Sache gerade umgekehrt. Die Innervation erfolgt zu stark und zur Unzeit, hergerufen durch meist affektbetonte Vorstellungsassoziationen. Auf diese wirkt man durch die hypnotische Suggestion beruhigend.

Wenn man auch durch Wachsuggestion viele Erfolge erzielen kann, wie ja die durch Massage, Elektrisieren, Lichtbäder etc. und least not least „Gebete“ erreichten Heilungen, die alle mehr oder weniger auf Suggestion beruhen, beweisen, so wirkt doch die hypnotische Suggestion ungleich sicherer und umso besser, je tiefer ceteris paribus die Hypnose ist.

Nach Anführung einiger Krankengeschichten sowohl von Diarrhöen wie Obstipationen wird auf eine Tabelle von 84 Fällen von Obstipation verwiesen, die vier Mißerfolge = 476% aufweist, 13 Fälle von Besserungen = 1548% und 67 Fälle von Heilungen

= 79·76%. Von diesen 67 geheilt entlassenen Fällen fehlen bei 35 spätere Nachrichten; bei den anderen 32 Fällen = 38% wird die dauernde Heilung durch spätere Nachrichten bis nach 7½ Jahren erwiesen. — (75. Versammlung deutsch. Naturforscher u. Aerzte; Orig.-Ber. d. Wien. med. Presse Nr. 39, 1903.)

Physikalische Therapie.

Ueber die Reaktionsfähigkeit des Gehirns bei gesunden und nervösen Individuen. Einfluß hydriatischer Prozeduren auf dieselbe.
Von Doz. Dr. M. Herz.

Mit Hilfe eines durch seine Kleinheit und einfache Handhabung ausgezeichneten Apparates von Exner, das Neuramöbometer, ist man in der Lage, jene Zeit zu messen, welche zwischen dem Auftreten eines Sinnesreizes und jenem Momente verstreicht, in welchem das untersuchte Individuum als Antwort auf den Reiz mit möglichster Raschheit eine verabredete Bewegung ausführt. Diese Zeit nennt man die Reaktionszeit. Das Neuramöbometer besteht aus einer Stahlfeder, welche 100 Schwingungen in der Sekunde zu machen imstande ist und einem Schlitten, welcher einen beruhten Glasstreifen trägt und so unter dem freien, mit einer Borste armierten Ende der Feder durch Ziehen an einem Handgriff vorbeigeführt werden kann, daß die Borste auf dem beruhten Glasstreifen eine gerade Linie verzeichnet, wenn die Feder ruht, hingegen eine Wellenlinie, wenn dieselbe schwingt. Vor der Messung spannt man die Feder, indem man ihr freies Ende an einen von dem Schlitten emporragenden Dorn legt. Wenn man nun den Schlitten plötzlich vorzieht, wird die Feder frei und gerät in Schwingungen, welche als tiefer Ton hörbar sind und auf dem mit dem Schlitten sich fortbewegenden Glasstreifen aufgezeichnet werden. Das Versuchsindividuum ist angewiesen, sofort, nachdem es den Ton wahrgenommen hat, einen Taster niederzudrücken, durch welchen die Borste, von dem Glasstreifen abgehoben wird, so daß die Wellenlinie, welche sie bis dahin geschrieben hat, plötzlich aufhört. Man zählt die verzeichneten Wellen und erfährt die Reaktionszeit in Hundertstelsekunden.

Herz prüfte nun zunächst die Reaktionszeit bei gesunden Individuen, die kein besonderes Interesse erregen. Er untersuchte das Verhalten der Reaktionszeit bei Neurasthenikern und ermittelte

auf die Art eine trägere Funktion des Gehirns, aber keine größeren Schwankungen desselben und auch keine größere Ermüdbarkeit, wie mit Recht überraschen mußte. Besonderes Interesse erregen die Untersuchungen, welche sich auf den Einfluß hydriatischer Prozeduren auf die Reaktionszeit beziehen. Diesbezüglich liegen bloß Untersuchungen von Grebner vor, welche sich auf Veränderungen der Reaktionsfähigkeit bei heilgymnastischen Bewegungen beziehen. (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 38—39, 1899) und welcher konstatierte, daß die Förderungsbewegungen die Reaktionszeit stets herabsetzen, desgleichen die Widerstandsbewegungen bei gesunden Individuen in den meisten Fällen, während die passiven Bewegungen sich indifferent verhalten und die Selbststeuerungsbewegungen die Reaktionszeit stets erhöhen. H. kam nun zu folgenden Resultaten: Protrahierte Bäder von 36° C. bewirken eine leichte Förderung der Hirntätigkeit ohne Einfluß auf ihre Schwankungen, Ermüdbarkeit und Bahnung. Es dürfte allerdings schwer fallen, in diesem Verhalten einen Erklärungsgrund für den starken psychischen Einfluß eines protrahierten lauwarmen Bades zu finden. Wärmezufuhr bewirkt immer eine Erhöhung der Reaktionsfähigkeit und setzt die Reaktionszeiten herab und vermindert die Ermüdbarkeit kurzer Einwirkung der Wärme. Die Versuche wurden mit Heißluftkasten und Glühlichtbädern gemacht. Die Wirkungen von langsam abgekühlten Wasserbädern, welche mit intensiven mechanischen Reizen verbunden waren, sowie bei einer kalten Abreibung waren dieselben wie bei der Erwärmung von kurzer Dauer im Licht oder Heißluftkasten: Anregung der Reaktionsfähigkeit des Gehirns, teilweise mit Herabsetzung der Ermüdbarkeit. Unter dem Einfluß von Duschen war die Reaktionszeit bald erhöht, bald herabgesetzt. Die Erhöhung der Ausdauer war in allen Fällen deutlich zu erkennen. Das fließende kalte Fußbad zeigt bald eine Verbesserung, bald eine Verschlechterung der Leistungsfähigkeit. Ein Zusammenhang zwischen den Allgemeingefühlen (Erfrischung, Müdigkeit) und in den Veränderungen der Reaktionszeit Teilen auszugleichen. — (Zeitschr. f. diät. und physik. Ther., H. 3.

B.

Ueber die physikalische Therapie der funktionellen Neurosen.
Von Heilighenthal.

Die Notwendigkeit strenger Individualisierung sowohl in der Beurteilung der Krankheit, wie hinsichtlich der anzuwendenden

Maßnahmen trifft sowohl für die Wahl der Kurorte, wie vor allem für die Wahl der hydriatischen Prozeduren zu, für welche die Dosierung des thermischen und mechanischen Reizes nach Stärke und Dauer maßgebend ist. Darnach wird sich die Verordnung und Anwendung der einzelnen Prozeduren und die Dosierung der einzelnen Komponenten zu richten haben, je nachdem man erregend oder beruhigend wirken will, je nachdem es sich um erethische oder torpide Formen der Neurosen handelt. Von diesen Gesichtspunkten aus ist die Verwendung der Ganz-Halbbäder, Duschen, Abreibungen, Einpackungen etc. anzuordnen. Auch die Elektrizität kommt in Anwendung, entweder als lokale Applikation, wie z. B. Galvanisation des Kopfes und Rückenmarkes, oder als allgemeine Anwendung in Form der elektrischen Bäder. Der Massageheilgymnastik fällt hauptsächlich die Aufgabe zu, die Zirkulation, den Stoffwechsel und Ernährung zu fördern. Es zeigen jedoch die Untersuchungen G r e b n e r s, daß bestimmten Uebungen, die H e r z als Selbstförderungshemmungsbewegungen bezeichnet, insofern bestimmte Wirkungen auf kortikale Funktionen zukommen, als dieselben die Reaktionszeit verkürzen und verlängern können. Was nun im allgemeinen die Dosierung der physikalischen Heilagentien anlangt, so handelt es sich dabei um die Applikation von Reizen. Bestehen schon beim Gesunden sehr viele Schwankungen in der Reizempfänglichkeit, so umso mehr bei der Neurose, wo die Erregbarkeit sowohl gesteigert, wie herabgesetzt sein kann. Um in dieser Beziehung sicher zu gehen, empfiehlt es sich, stets mit weniger eingreifenden Prozeduren zu beginnen und nur langsam, tastend zu stärkeren vorzuschreiten. — (Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. Bd. 6, H. 11, 1903.)

B.

Die Heilstättenbehandlung der Tuberculose. Von Dr. H a m m e r

An der Hand einer Statistik weist H. nach, daß die Behandlung der Tuberculose in geschlossenen Heilstätten bisher zu keinem dauernd befriedigenden Resultat geführt habe. Der Grund hierfür liege nach dem Vf. hauptsächlich in dem Umstand, daß nicht gleichzeitig die sozialen Verhältnisse der Arbeiter berücksichtigt werden, namentlich die Wohnungshygiene zu wenig ins Auge gefaßt werde.

Auch legt er Gewicht auf die Frühdiagnose der Tuberculose, für die vielleicht die Tuberkulininjektionen von diagnostischem Wert sein könnten. — (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 34, 1902.)

B.

Chirurgie.

Physostigmin gegen gefahrdrohenden Meteorismus (namentlich nach Operationen). Von Dr. Ludwig Moszkowicz.

Obwohl das Präparat bei Rindern und Pferden schon lange mit Erfolg gegen Meteorismus angewendet wurde, ist seine bisherige Anwendung beim Menschen gering gewesen. Der Empfehlung N o o r d e n s folgend, hat Vf. das Physostigmin gegen den Meteorismus, wie er im Anschluß an Laparatomien auch ohne Peritonitis bei herabgekommenen Leuten auftritt und manchmal eine tödtliche Komplikation darstellt, versucht.

Die zur subkutanen Injektion verwendete Dosis betrug $\frac{1}{2}$ —1 mg und hat, auch bei sehr herabgekommenen und kollabierten Patienten, keine Vergiftungserscheinungen erzeugt. Hingegen trat gewöhnlich schon nach einigen Stunden ein Abgang von Flatus und Stuhl ab und der Bauch wurde weicher. In zwei genau beobachteten Fällen konnte Vf. auf die jedesmalige Einspritzung mit dem G ä r t n e r'schen Tonometer eine deutliche Steigerung des Blutdruckes konstatieren.

Die Wirkung des Präparates war in den meisten Fällen eine so sichere, daß Vf. die allgemeine Anwendung dieses Mittels bei postoperativen Darmlähmungen (Pseudoileus des Autoren) empfiehlt. — (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 22, 1903.)

Die Exstirpation der Milz, ihre Indikationen und Resultate. Von Prof. Dr. Jordan.

Die Milzexstirpation gilt heute nicht nur als berechtigte, sondern auch als außerordentlich segensreiche Operation und als solche faßt sie auch Vf. auf Grund seiner Erfahrungen auf, wenn es sich um eine rein lokale Erkrankung der Milz handelt. Liegt hingegen ein konstitutionelles Leiden der Milzerkrankung zugrunde, dann hat die Operation keine Aussicht auf Erfolg und kann sogar direkt lebensgefährlich werden. Während also Vf. die Milzexstirpation bei Zysten, Echinokokken, chronischer Malaria-milz, dann bei Verletzungen für angezeigt hält, warnt er vor der Operation bei Leukämie, ebenso bilden alle sekundären Milztumoren, wie sie bei der primären Leberzirrhose, bei Stauung im Pfortaderkreislauf, Amyloidartung, Tuberkulose, Syphilis auftreten können, selbstredend eine Gegenanzeige gegen die Exstirpation.

Vf. hat in sechs Fällen aus den verschiedensten Indikationen die Splenektomie vorgenommen und sämtliche Patienten sind geheilt entlassen worden. Die Mortalität der Operation hat bedeutend abgenommen und ist laut einer Zusammenstellung B e s s e l-H a g e n s im letzten Dezennium auf 19% gesunken (gegen 42% bis zum Jahre 1890). Sehr günstig verliefen die Fälle von Verletzung der Bauchdecken mit Vorfall der unversehrten Milz; sämtliche Fälle kamen zur Heilung. Aber auch die Splenektionen wegen Milzruptur geben immer bessere Resultate und es sind bis nun 29 geheilte Fälle bekannt, was umso wichtiger ist, als sämtliche Fälle aus indicatio vitalis operiert wurden und schon vor der Operation große Blutverluste erlitten haben. In dem Falle des Vf. wurde die in der Bauchhöhle befindliche Blutmenge auf zirka 2 l geschätzt.

Diese letzteren Fälle haben noch insoferne eine wichtige Bedeutung, als sie gleichzeitig den striktesten Beweis dafür erbringen, daß die Rolle, welche der Milz bei der Blutbereitung zufällt, keine so bedeutungsvolle und unersetzliche ist, wie früher allgemein angenommen wurde; denn wenn diese frühere Annahme zu Recht bestünde, so könnte gerade bei diesen so sehr anämischen Individuen die Blutzusammensetzung keine normale Beschaffenheit annehmen; dies traf aber nicht zu, über kurz oder lang hatten die Patienten ihren normalen Hämoglobingehalt und das richtige Verhältnis zwischen roten und weißen Blutkörperchen.

Die Operation selbst bietet verschiedene technische Schwierigkeiten, je nach dem Falle. Bei frei beweglicher Milz ist die Operation eine sehr leichte; sehr einfach gestaltet sie sich natürlich bei Vorfall der Milz. Die Schwierigkeiten wachsen mit der Zahl und Festigkeit der Adhäsionen, so daß ausgedehnte Verwachsungen eine Kontraindikation gegen die Operation abgeben können. — (Mittl. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir., Bd. 11, H. 3.)

Zur Behandlung der Kniescheibenbrüche. Von Dr. Bärlocher.

Die Erfahrungen, die mit der operativen Behandlung frischer Patellarbrüche gewonnen wurden, sind in Bezug auf die Funktion und das Dauerresultat sehr gute, und Vf. rät daher, in allen Fällen das operative Verfahren anzuwenden; nur bei Potatoren und Fettleibigen ist die Operation nicht angezeigt, da hier üble Zufälle durch das Delirium tremens resp. die Allgemeinanästhesie möglich sind. Das operative Verfahren, das sich im Kantonspital in

St. Gallen bewährt hat, besteht in folgendem: Parostale Naht der Kniescheibe, Kapselnaht, trockene Behandlung des eröffneten Gelenkes, vollkommener Schluß der Wunde ohne Drainage. Sehr wichtig ist die Nachbehandlung, von ihr hängt das gute funktionelle Resultat der Operation zum großen Teile ab. Der wichtigste Punkt der Nachbehandlung ist die frühzeitige aktive Bewegung der Extremität, und zwar sofort nach Abnahme des Verbandes, während Patient noch zu Bette liegt. Die Extremität muß außerdem massiert und faradisiert werden; je energischer und methodischer der Patient die aktiven Bewegungen macht, desto früher und desto sicherer tritt die ursprüngliche Funktionstüchtigkeit des Beines wieder ein.

Die Operation erfordert absolute Asepsis und ist daher nur in Spitälern auszuführen. In den Fällen, in welchen eine Kontraindikation zur operativen Behandlung gegeben ist, empfiehlt sich die frühzeitige Massagebehandlung. Diese Methode verzichtet zwar auf eine vollkommene Wiederherstellung des Streckapparats, erreicht aber auch gute funktionelle Resultate, weil sie jegliche Ausbildung von Muskelatrophie verhindert. — (Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 4, 1903.)

Ueber einen mit Röntgen-Strahlen erfolgreich behandelten Fall von Schädelsarkom. Von Prof. Dr. Ali Krogius.

Während in der letzten Zeit einige Fälle von Heilung von Karzinomen mittels Röntgen-Strahlen mitgeteilt wurden, berichtet Vf. über ein Schädelsarkom, das trotz einer eingreifenden Operation rezidierte und endlich nach einer intensiven Röntgen-Behandlung zur Heilung gebracht wurde.

Es handelte sich um einen 40jährigen Schiffer, der keine Lues durchgemacht hat und der am Scheitel eine 5×6 cm große, am Knochen festsitzende Geschwulst aufwies. Wegen der diffusen Ausbreitung des Tumors konnte bei der Operation nicht radikal vorgegangen werden und es mußten mit dem Periost zusammenhängende Teile der Geschwulst zurückgelassen werden. Desgleichen blieben auch Reste der Geschwulst am Knochen zurück, obwohl die oberste Schichte mit dem Meißel abgetragen wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Rundzellsarkom. Nach neun Monaten stellte sich Patient mit drei größeren Rezidivknoten und mit mehreren kleineren Knoten in der Umgebung der Narbe vor. Bei dem Versuche, die Tumoren diesmal weit bloßzulegen und

radikal zu entfernen, erwies sich dies unmöglich und Patient wurde nach Exstirpation eines Tumors entlassen. Nach einem Jahre stellte sich Patient zum drittenmal vor und hatte diesmal mehrere große Geschwülste am Schädel, von welchen die am Hinterhaupt sitzende 14×8 cm maß und sich 6 cm über das Niveau der Schädeldecke erhob. Die ganze Kopfschwarte war von vielen kleinen Geschwülsten übersät.

Da unter diesen schwierigen Verhältnissen von einer Operation keine Rede sein konnte, entschloß sich Vf. zur Röntgen-Behandlung. Die Behandlung war sehr intensiv, Patient wurde jeden Tag bestrahlt. Die kleineren Tumoren verschwanden nach zirka 14 Tagen, der große Tumor am Hinterhaupt nach sechs Wochen, ohne daß Patient irgend welche Nachteile von der Behandlung verspürt hätte. Etwa vier Monate nach Schluß der Behandlung konnte Vf. den Patienten untersuchen und konstatieren, daß kein Rezidiv vorhanden war.

Vf. ist leider nicht in der Lage, Aufschluß über die Vorgänge und Aenderung in der Struktur des Tumors während der Heilung zu geben, da er keine Exzision aus dem Tumor während der Behandlung vorgenommen hat. Makroskopisch konnte man gar keine entzündliche Reaktion in der Umgebung des Tumors bemerken.

Da es also offenbar maligne Geschwülste gibt, die durch Röntgen-Strahlen beeinflusst werden, sollten nach Ansicht des Vf. methodische Untersuchungen darüber vorgenommen werden, um auf diese Weise die Brauchbarkeit der Röntgen-Bestrahlung, eventuell in Kombination mit operativen Eingriffen, genau festzustellen. — (Langenb. Arch., Bd. 71, H. 1.)

Beitrag zur Resektion des Thorax bei veralteten und tuberkulösen Totalempyemen. Von Dr. Ringel.

Bei veralteten Totalempyemen entstehen große, starrwandige Höhlen, die auf eine gewöhnliche Rippenresektion und Entleerung des Eiters nicht zum Verschwinden gebracht werden können. Infolge der profusen Eiterung gehen die Patienten gewöhnlich an Amyloid zugrunde, wenn nicht durch eine ausgiebige Operation die Schrumpfung des Thorax ermöglicht wird. Die meisten Vorteile bietet hier die Schede'sche Thoraxresektion, welcher auch der Vf. in zwei Fällen von tuberkulösem Empyem und in einem Falle

von veraltetem metapneumonischem Empyem schöne Resultate verdankt.

Im ersten Falle (tuberkulöses Empyem bei einem 68jährigen Manne) resezierte Vf. in drei Sitzungen die 11.—7. Rippe und die Spitze der Skapula, weiters wurden im Bereich der ganzen Emphyemhöhle die interkostalen Weichteile mit der tuberkulösen Pleura costalis entfernt und die Dekortikation der Lunge nach *Delorme* (Entfernung der die Lunge komprimierenden und ihre Ausdehnung hindernden Schwarten mit Schere und Messer) vorgenommen. Schließlich wurde der oberhalb der sechsten Rippe vorhandene Hohlraum mit der infolge der Resektion der Skapulaspitze freihängenden Skapularmuskulatur ausgefüllt und der Haut-Muskellappen gegen die Lunge fest angedrückt. Der Muskellappen ist an der Lunge angeheilt und hat dann, während er später geschrumpft ist, die Lungenspitze nach sich gezogen und auf diese Weise die Lunge ausgedehnt. Trotz des hohen Alters ist Patient vollständig geheilt.

Im zweiten Falle wurde die 5.—10. Rippe und im dritten Falle fast die ganze Thoraxhälfte, und zwar die 2.—11. Rippe und die Skapula bis zur Spina reseziert. Auch in diesen Fällen trat Heilung ein.

Als Kontraindikationen gegen die Operation galten früher Tuberkulose der Pleura und schlechtes Allgemeinbefinden. Daß die Tuberkulose kein Grund zum Unterlassen der Operation ist, beweisen die Fälle 1 und 3. Auch bei sehr herabgekommenen Patienten wird man sich aber auch umso eher zur Operation entschließen, als die Patienten ohne jeden Eingriff sicher dem Tode verfallen; nur wird man vorsichtigerweise die Operation in mehrere Abschnitte zerlegen und auf diese Weise schließlich doch zum Ziele kommen. Als absolute Kontraindikation gilt nur die Erkrankung der zweiten Lunge. — (*Langenb. Arch.*, Bd. 71, H. 1.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

H₂O₂ bei Uterusblutungen. Von Platon.

Vf. berichtet über zwei Fälle von Uterusblutungen, bei denen Einspritzungen von Wasserstoffsuperoxyd mit der Braunschen Spritze in den Uterus von ausgezeichnetem Erfolge begleitet waren, nachdem andere Mittel, wie Ergotininjektionen, heiße Ausspülungen und Eisenchlorid sich unwirksam gezeigt hatten. Vf.

empfehlte wegen der Einfachheit des Verfahrens die Anwendung desselben besonders in solchen Fällen, wo die Patienten sich eingreifenden therapeutischen Maßnahmen nicht unterziehen wollen. — (Ann. de gyn. et d'obstétr., 1900.) Königstein.

Die uterine Sklerose und die wahre Metritis. Von L. G. Richelot.

Gelegentlich einer früheren Arbeit, in welcher Vf. die Pseudometritiden der Gichtischen und Nervösen behandelt, wurde von ihm bereits darauf aufmerksam gemacht, daß es ein Fehler sei, bei der als Metritis bezeichneten Erkrankung des Uterus immer an Infektion zu denken. Eine ganze Reihe von Erkrankungen, die unter den Erscheinungen einer Metritis verlaufen, seien ganz anderer Natur. So hatte Vf. Gelegenheit, bei jungen virginalen Mädchen, bei denen eine Infektion sicher auszuschließen war, Uteruskatarrhe zu beobachten, die auf einer Kongestion der Beckenorgane beruhten und von heftigen neuralgischen Schmerzen begleitet waren und in weiterer Folge zur Sklerose, Hyperplasie der Schleimhaut und des Parenchyms führen, ohne entzündlicher Natur zu sein. Zumeist handelte es sich dabei um gichtisch und nervös veranlagte Individuen jeden Alters und Standes. Besonders die virginale Metritis hat nach der Ansicht des Vf. ihre Ursachen fast ausschließlich in einem nervösen und kongestiven Zustand der Beckenorgane, welcher der Sklerose immer vorausläuft oder den Anfang ihres Entstehens bedeutet. Gleichzeitig mit dieser Veränderung des Uterusgewebes vollzieht sich die skleröse zystische Entartung der Ovarien, die früher oft die Ursache der Kastration abgab, ohne daß eine Spur von Entzündung vorhanden wäre, weder der Schleimhaut und des Parenchyms führen, ohne entzündlicher Verwachsungen im Becken. Der eigentlichen Ursache dieser Zustände, die auf einer gichtisch nervösen Basis beruhen und oft in derselben Familie mehrmals anzutreffen sind entsprechend, muß die Behandlung meistens eine allgemeine sein. Mit dieser Form ist weder in klinischer noch in pathologisch-anatomischer Hinsicht jene zu vergleichen, welche Vf. mit wahrer Metritis bezeichnet und deren Ursache infektiöser Natur ist. Vf. unterscheidet zwei Formen derselben, nämlich die puerperale und gonorrhöische. Als Infektionsquellen für die erstere Art sind Zervixrisse und die Ansatzfläche der Placenta. Die Infektion verläuft auf zweierlei Art, entweder akut rasch um sich greifend, den Uterus, die Adnexe und

das Peritoneum befallend, oder sie ist mehr schleichender Natur, läßt die Adnexe frei und etwaige peritoneale Affektionen sind gering. Nach einigen Monaten vollzieht sich die Involution des Uterus und alles scheint geheilt, mit Ausnahme des Kollum, welches in allen Fällen erkrankt. Aus letzterem Grunde kommt Vf. zu dem Schlusse, daß eine jede chronische Metritis eine zervikale ist. Dieselben Erfahrungen und Bestätigungen war er in der Lage bei der Gonorrhöe machen zu können. Die Behandlung richtet sich nach der Entstehung, und empfiehlt Vf. bei der sklerotischen Form heiße Injektionen, Glycerintampons, Hydrastis canadensis-Bäder, Massage, bei der hämorrhagischen Form ist die Kurette und Kaustika am Platze. Bei der wahren Metritis bewähren sich Palliativmittel nicht. Die kranke Mukosa muß entfernt werden, weshalb Vf. Abrasio für das Korpus empfiehlt, eventuell plastische Operationen für das Kollum. In den meisten Fällen ist das Kollum oder das untere Uterinsegment der Herd der alten Infektion. Abrasio soll nur gemacht werden, wenn tatsächlich eine strikte Indikation hiefür gegeben ist. — (Ann. de gyn. et d'obstétr., 1900.)

Königstein.

Die vaginale Köliotomie als Konkurrenzoperation der ventralen Köliotomie auf Grund von 875 Fällen. Von Dürßen.

Vf. nahm bereits zu wiederholten Malen die Gelegenheit wahr, über seine Erfahrungen mit der vaginalen Köliotomie in der Fachpresse zu berichten. Mit der zunehmenden Übung besserten sich die Resultate und sank die Mortalität von 3% auf 2%. Die Ursache für letzteren Umstand führt Vf. besonders auf die exakte Blutstillung zurück. 700mal wurde bei Retroversiv und Retroflexio operiert, die zumeist mit Adnexerkrankung und Pelveoperitonitis kombiniert waren. Die Gefahr späterer Geburtsstörungen infolge der die Operation abschließenden Vaginifixur glaubt Vf., wie dies bereits in früheren Publikationen von ihm auseinandergesetzt wurde, dadurch ausschließen zu können, daß er das Peritoneum für sich vernäht. Seit 1895 sind Vf. 37 Geburten bekannt geworden, die ohne jede Störung verliefen. Vf. wendet die vaginale Köliotomie systematisch zur Behandlung der chronischen Bauchfellentzündung an. Ungefähr 300mal wurden eine oder beide Tuben, mitunter auch die Ovarien entfernt (28 Tubargraviditäten, 1 Tod an Peritonitis). 200 konservative Operationen wurden an Tuben und Ovarien vorgenommen (Resektionen zur Verhütung der

Schwangerschaft, Salpingotomie, Ignipunktion und Resektion zystischer Ovarien). 74mal wurden konservative Operationen am Uteruskörper gemacht, darunter 57 Myomektomien mit 6 Todesfällen. 70mal wurden große und größte Ovarialgeschwülste entfernt. (Abszesse, Retentionszysten oder wirkliche Geschwülste). Vf. führt auch Resektionen von Gewebsteilen bei chronischer vergrößender Metritis aus, analog der Portioamputation. Hiezu kommt noch die Naht von Uterusrupturen und sechsmal die Exzision der Schleimhaut wegen unstillbarer Blutungen mit einem Exitus laetalis. Mithin haben die Uterusoperationen eine Sterblichkeitsziffer von 10%. Daher gesteht Vf. aus diesem Grunde die Notwendigkeit zu, die konservative Myomoperation wegen Infektionsgefahr überhaupt einzuschränken. Bei Prolapsen wurden 70 Vaginationsfixationen gemacht mit nur 2% Rezidiven. In sehr schwierigen Fällen, bei doppelseitigen eitrigen Adnexgeschwülsten mit Verwachsungen, durchtrennt Vf. das ganze Ligamentum latum, wodurch es ihm in einem Falle von doppelseitigem Pyosalpinx und linksseitigem Pyovarium gelang, den Uterus und das rechte Ovarium zu erhalten. Schließlich setzt Vf. die Vorteile des vorderen Scheiden-Bauchfellschnittes gegenüber dem hinteren auseinander. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 64, H. 2.) Königstein.

Ueber Pneumonie und Laparatomie. Von Henle.

Vf. berichtet über 1787 Bauchfelloperationen aus der Klinik von Mikulicz in Breslau mit 143 (8%), Pneumonien mit 65 (3.6%) Todesfällen. Die Art des ursprünglichen Leidens ist von Bedeutung für die Entstehung der Pneumonie und Malignität erhöht die Zahl der Erkrankungen. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Disposition. Der Einfluß der Narkose dürfte jedenfalls überschätzt worden sein und fällt bei großen Operationen entschieden nicht so sehr in die Wagschale als die vorausgegangene Schwächung des gesamten Organismus und Herzens durch Schmerzen, Aufregung und dergleichen während des ganzen Krankheitsverlaufes. Nach Infiltrationsanästhesie ist die Pneumonie häufiger als nach allgemeiner Narkose. Sehr schwerwiegende Momente sind weiterhin Erkältung und Abkühlung, ferner behinderte Atmung und Expektoration, besonders gefährlich ist aber die Aspiration von Mageninhalt. Ein weiterer schädlicher Faktor ist nach der Erfahrung des Vf. die Infektion, die er auf Grund von Tierexperimenten als eine hämatogene bezeichnet. Durch Injektion von Bakterien in die Ohrvene

oder durch Einbringung in das Bauchfell gelang es ihm, bei abgekühlten Tieren Veränderungen in der Lunge hervorzurufen, die man als Pneumonie auffassen muß und in denen sich die eingeführten Mikroben nachweisen ließen. Folglich muß die Asepsis gepflegt werden, um Pneumonien zu verhüten. Weiter soll man darauf sehen, daß die Patienten gründlich und tief atmen. Die Operationstische wären zu erwärmen (Thermophorkissen) und nach Eröffnung des Abdomens die freiliegenden Därme heiß zu übergießen. Die Bauchwunde ist vor Zerrung zu bewahren und schützt man sie am besten, indem man über den Verband noch einen straffen Handtuchverband anlegt. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 64. H. 2.)
Königstein.

Die Bedeutung der Douglas'schen Falten für die Lage des Uterus. Von B. Ziegenspeck.

Vf. hat eine Reihe anatomischer Untersuchungen vorgenommen, aus denen hervorgeht, daß die in den Douglas'schen Falten enthaltenen Muskelbündel keine selbständige Funktion besitzen, da ihnen die selbständige Innervation abgeht. Vf. ist weiters nicht der Ansicht, daß die Retroflexion eine Folge der Erschlaffung der Douglas'schen Falten sei, er fand gerade im Gegenteil die sogenannten Muscul. retractor. uteri bei Retroflexio eher hypertrophiert als atrophiert (Arbeitshypertrophie). — (Deutsche Aerzte-Ztg. 1901.)
Königstein.

Inversio uteri completa puerperalis. Von Geißler.

Vf. berichtet über eine 30jährige II. para, bei welcher sich der Fruchtdurchtritt normal vollzog, worauf eine mäßige Blutung durch $\frac{3}{4}$ Stunden stattfand. Als die Plazenta keine Miene machte, zu erscheinen, versuchte die Hebamme, sie herauszupressen, wobei ihr der abnorme Tiefstand der Gebärmutter sofort auffiel. Weiters sagte sie aus, daß schon beim ersten stärkeren Druck die Gebärmutter kaum oberhalb der Symphyse zu fassen war und ihr gewissermaßen unter der Hand wegglied. Gleich darauf erschien die Plazenta an einem kugeligen Tumor vor der Vulva. Zwei Stunden darauf kollabierte Patientin und wurde sehr blaß. Es traten ziehende Schmerzen im Unterleib auf. Der kugelige Tumor erwies sich als vollständig inversierter Uterus, an dem die handtellergröße Plazenta haftete. Blutung bestand, war jedoch nicht sehr heftig. Nach Lösung der Plazenta wurde der Uterus reinvertiert, was

leicht gelang und wobei sich stoßweise eine beträchtliche Blutmenge entleerte. Nach der Reinversion stand die Blutung. Kurz darauf setzte der Puls aus und nach 10 Minuten war die Frau eine Leiche. Vf. führt die Todesursache nicht auf den Blutverlust, sondern auf Chock und Luftembolie zurück, das Entstehen der Inversion auf auffallende Dünnhheit der Uteruswand, abnorme Weite der Uterushöhle und Sitz der Plazenta gerade im Fundus. Der auf den Uterus von Seite der Hebamme ausgeübte Druck dürfte schließlich ein unterstützendes Moment abgegeben haben. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, 1901.)

K ö n i g s t e i n.

Ueber Vaginofixation. Von S. Coelho.

Vf. empfiehlt die von Dürßen angegebene vervollkommnete Methode der Vaginofixation, indem er einen einzigen Faden in der Höhe der Tubenansätze durch die Uteruswand durchführt, durch das obere Ende der vaginalen Inzision und der peritonealen Oeffnung der vesikouterinen Falte. Nachdem die Peritonealöffnung durch longitudinale Naht geschlossen ist, wird dieser einzige Fixationsfaden geknotet. Diese von Dürßen angegebene Vervollkommnung hat den Zweck, erstens eine dauernde Heilung der Retrodeviation zu erzielen, ohne Gefahr zu laufen, daß infolge späterer Entbindung dieselbe sich wieder einstellen, andererseits Schwierigkeiten bei einer etwaigen Geburt zu vermeiden. Die letzteren haben ihre Ursache gerade in der soliden Befestigung über den Orificium internum und erschweren die Geburt, indem sie die Ausdehnung der vorderen Uteruswand nach unten verhindern. Der oberhalb des Orifiziums gelegene Teil entwickelt sich demgemäß in exzessiver Weise und zieht den vaginalen Zervixteil in anormaler Weise nach oben, was bei einem Partus in noch erhöhterem Maße auftritt. Wenn man in der angegebenen Weise vorgeht, so erzielt man eine Vereinigung zwischen Vagina und dem vesikalen Teile des Peritoneums einerseits und zwischen dem peritonealen Blatte der vorderen Uteruswand und hinteren Blasenwand andererseits. Während der Gravidität und während des Partus dehnen sich die Verwachsungen und ziehen sich nachher wieder zusammen, die Anteversion erhaltend. Vf. geht bei der Operation derart vor, daß er die vordere Scheidenwand der Länge nach inzidiert, etwa 1 cm unter der Urethra beginnend und bis etwa 1 cm oberhalb der vorderen Kollumlippen reichend, dem ein kleiner Querschnitt im unteren Wundwinkel beigelegt wird. Nach Ab-

lösung der Blase vom Uterus wird das Peritoneum eröffnet. Durch die vordere Kolpotomie kann man auch Salzingitiden, Zysten und kleinere Myome entfernen. — (Ann. de gyn. et d'obstétr., 1901.)

Königstein.

Keilförmige längliche Hysterektomien zur Behandlung von Uteruserkrankung in Fällen der Verlagerung. Von Mauclair.

Vf. weist darauf hin, daß bei Lageveränderungen des Uterus stets auch anatomische Veränderungen vorhanden sind. Dieselben sind teils primärer, teils sekundärer Natur und ist ihre Bedeutung nicht zu unterschätzen. Die ersteren durch infektiöse Veränderungen hervorgerufen, stammen aus dem Uterusinnern und sind durch Gefäß und Nervenveränderungen bedingt. Dann können sie konsekutiver Natur sein infolge von Erschlaffung der Ligamente und der fixierenden Teile. Wenn diese Veränderungen Schmerzen erzeugen, muß auf alle Fälle eingeschritten werden. Falls die abnorme Lage nicht eine Folge von hypertrophierten infizierten und prolabierten Ovarien und Tuben ist, so muß die Behandlung sich nicht nur auf die Ligamente und fixierenden Organe des Uterus erstrecken, sondern auch auf diesen selbst. Aus letzterem Grunde empfiehlt Vf. die keilförmige, oberflächliche, in der Medianlinie und Längsrichtung ausgeführte Hysterektomie auf der vorderen und hinteren Fläche des Uterus. Diese Operation soll die Lageverbesserung fördern. Ueberdies empfiehlt Vf., je nach der Art des vorliegenden Falles, Verkürzung der angefrischten Ligamenta sacrouterina die mediane Ligamentopexie, und zwar entweder einfach vorne oder untereinander gekreuzt, Verkürzung der Ligamenta rotunda, wenn nötig mit der Abrasio und vaginalen plastischen Operation vereint. — (Ann. de gyn. et d'obstétr., 1901.)

Königstein.

Ueber die Rolle, welche das Toxin des Gonokokkus spielt bei gonorrhöischen Infektionen der internen weiblichen Geschlechtsorgane. Von P. J. Mastovski.

Vf. machte eine Reihe von Tierversuchen, um die Wirkung des Gonotoxins auf die Mucosa uteri und das Peritoneum genauer zu studieren. Dabei handelte es sich wesentlich um genauere Aufklärung jener Form der lokalen Peritonitis, welche bei der chronischen gonorrhöischen Infektion der Tuben und den sie häufig begleitenden Komplikationen auftritt und um eine Bestätigung der von Wassermann aufgestellten Hypothese, daß das nach dem Absterben der Gonokokken vorhandene Toxin als Grund der weiter

fortbestehenden Entzündung und Eiterung anzusehen ist. Es wurden durch diese Kontrollexperimente an Tieren folgende Resultate erzielt. Nicht nur die Entwicklung des Gonokokkus, id est die Infektion wirkt auf den animalischen Organismus, sondern das durch den Mikroorganismus gebildete Toxin. Letzteres wirkt in zweifacher Weise: 1. örtlich, 2. allgemein. Die örtliche Wirkung äußert sich durch eitrige Entzündung im subkutanen Zellgewebe im Peritoneum und der Mucosa uteri. Die allgemeine durch Erhöhung der Temperatur und selbst Tod der Tiere. Weiter zeigten die vom Vf. angestellten Versuche, daß das Gonotoxin imstande ist, eine Eiteransammlung in geschlossener Höhle hervorzurufen, die gradatim zunimmt und ziemlich lange anhalten kann. Bei chronisch gonorrhöischer Entzündung der Tuben läßt sich diese Beobachtung besonders gut machen. Das uterine und abdominale Ende verschließt sich bis zur Undurchgängigkeit, so daß ein Kavum entsteht, welches weder mit der Uterushöhle, noch dem Abdomen kommuniziert. Zu Beginn der gonorrhöischen Infektion entsteht eine durch Entwicklung des Gonokokkus hervorgerufene Eiterung. Sie gelangen durch die Leukozyten in die Wandungen der Tube, wo sie absterben und das Gonotoxin bilden, welches die Eiterung in der Tube enthält. Da die eiterbildende Wirkung des Gonotoxin anhält, so nimmt die Eiterbildung zu. Von allen pyogenen Mikroben der Tube stirbt der Gonokokkus zuerst ab. Dadurch erklärt sich auch die lange Zeit hindurch rätselhafte Erscheinung, daß man häufig schon kurze Zeit nach der gonorrhöischen Infektion keine Gonokokken mehr antrifft. Weiters haben die experimentellen Versuche des Vf. die Hypothese Wassermanns über die biologische Eigenschaft des Gonokokkus und die Eigenart des von ihm erzeugten Toxins, Entzündung und Eiterung zu erzeugen, bestätigt. — (Ann. de gyn. et d'obstétr., 1899.) Königstein.

Ueber Ligatureeiterungen. Von C. S. Hägler.

Vf. hat mit großem Fleiß und Ausdauer das Gebiet der Asepsis im allgemeinen behandelt und bearbeitet in vorliegender Arbeit die Ligaturausstößung. Er unterscheidet zwei Formen, von denen die eine mit Fieber und entzündlichen Infiltraten einhergeht, während bei der anderen kein Fieber und keine entzündliche Reaktion vorhanden ist. Vf. dehnte seine Beobachtungen über einen Zeitraum von fünf Jahren aus und fand, daß sich nach längerer oder kürzerer Zeit eine Fistel etabliert, aus der einzelne oder ein großer Teil der Fäden ausgestoßen wird. Die mikroskopische

Untersuchung aller dieser Fäden zeigte sie stets vollgepfropft mit Mikroorganismen. Erfolgt die Ausstoßung spät, so ist das veranlassende Moment zumeist ein leichtes chronisches Trauma (Druck vom Korsett, Bruchbandplatte u. a.). V. konnte in dieser Richtung eine Verbesserung erzielen durch Einführung einer mit Sublimat imprägnierten Seide, jedoch konnte eine absolute Sicherheit dadurch nicht erzielt werden. Die experimentelle Nachprüfung bestätigte diese klinischen Erfahrungen. Bei dem so viel geschmähten Katgut konnte Vf. eine chemische eitererregende Wirkung nicht konstatieren. Jedoch ergab sich, daß sich die Keime nicht in der Substanz des Katguts vermehren, sondern nur dort gegen das Innere des Fadens sich fortpflanzen, wo sich Schrunden finden, die durch die Behandlung oder sekundär durch Resorption entstanden sind. Die chemisch präparierten Katgutarten zeigen alle eine sehr verzögerte Resorption, wodurch den Keimen der Weg ins Innere des Fadens erschwert wird, so daß der Vf. das Katgut für besser als seinen Ruf hält. (Das Verdikt Kochers lastet besonders in der Schweiz schwer auf dem Katgut.) Die zur Imprägnierung von Naht und Unterbindungsmaterial benützten Stoffe, so Kollodium, Zelloidin und Guttapercha können die Einwanderung von Keimen nicht verhindern, sie tritt im Gegenteil noch rascher auf als bei nicht imprägnierter Seide. Der Grund hiefür liegt eben darin, daß bloß die einzelnen Fasern imprägniert werden, die Spalten jedoch zwischen den einzelnen Fasern offen bleiben. Nur die Imprägnierung mit Wachs oder Paraffin ist imstande, einen einheitlichen Zylinder herzustellen. — (Arch. f. klin. Chir., Bd. 64, H. 2.)

Königstein.

Venerische Krankheiten und Syphilis.

Ueber die Urosanolbehandlung der Gonorrhöe. Von P. Scharff.

Die von Neisser empfohlene Protargolbehandlung hielt dem Autor nicht, was sie versprach, darum wandte er sich dem Urosanol zu. Das ist nun allerdings wieder nichts anderes als Protargol, und zwar eine in verschiedenen Stärken (1—3—5%) anzuwendende Protargolgelatine, welcher der verführerische (?) Name „Urosanol“ beigelegt wurde. Der Vergleich, den der Autor hier mit der Schleich'schen Formalingelatine zieht, erscheint ganz ungerechtfertigt. Das Urosanol kommt in Glasröhrchen in den Handel, aus welchen es durch einen mit Teilstrichen

verschiedenen Stempel in der jedesmaligen Menge von $2\frac{1}{2}$ cm³ in die Harnröhre injiziert wird.

Die Erfahrungen des Autors beziehen sich auf die 5- oder 3%ige Masse. Zwölf Fälle von akuter Urethritis anterior endeten bereits nach 7—14 Tagen in definitive Heilung, elf andere Fälle dauerten im Maximum fünf Wochen, in vier Fällen kam es zu Komplikationen, die übrigens nicht näher bezeichnet werden und — natürlich — auf andere interkurrierende Ursachen zurückzuführen sind; also wir besitzen im Urosanol ein neues ausgezeichnetes Mittel! Es darf aber bei heftigen Entzündungserscheinungen — das wäre also im akuten Stadium der Urethritis — nicht angewendet werden, da zieht der Autor es vor, die Behandlung mit ganz milden Injektionen von Kal. hypermang. einzuleiten, sondern erst bis die Reaktionserscheinungen etwas abgenommen haben. Länger als drei Wochen soll das neue Mittel nicht angewendet werden; wenn bis dahin die Gonokokken nicht schwinden, ist von der weiteren Anwendung nichts mehr zu erwarten, dann müssen eben die bisher üblichen Methoden aushelfen. Noch ist es auch ein Vorzug in den Augen Sch.'s, daß die Injektionen bei ihrem geringen Volumen von $2\frac{1}{2}$ cm³ weniger irritierend wirken, als die sonst geübten Injektionen mit den Flüssigkeitsquanten von 10—15 cm³. — (Therapeut. Monatsh. XVII., 7.) D.

Ueber die sogenannten Jodbäder. Von Pelizaeus.

Die vorliegende Arbeit liest sich wie ein flammender Protest gegen die sogenannten Jodbäder, ein Protest eigentlich doch nicht so sehr gegen die Bäder, als gegen ihre vielfach falsche Wertschätzung; sie ist insbesondere auch eine Gegenschrift gegen eine Arbeit K. Ullmanns, in welcher dieser Autor den Gebrauch der Jodbäder gegen die bekannten Affektionen (Skrophulose, Syphilis etc.) warm empfiehlt. P. weist darauf hin, daß der Jodgehalt der besonders üblichen Bäder ein so minimaler ist, daß der Kranke bei Trinkkuren, beispielsweise in D a r k a u, ungefähr in einem Liter 0·015 g Jodmagnesium zugeführt erhält, eine lächerlich kleine Dosis gegenüber den sonst magistraliter verschriebenen; noch geringere Mengen enthält das Wasser von Tölz. Nichtsdestoweniger stellt der Autor keineswegs in Abrede, daß die Erfolge der Jodbäder bei Spätsyphilis in der Regel günstig sind; das hat aber mit einer Jodwirkung des Bades nichts zu schaffen. Denn einmal wird und wurde früher noch in größerem Maßstabe in den Jodbädern Quecksilber und überdies auch Jod (in hochprozentigen

Lösungen aus der Apotheke) verabreicht, und dann sei der Effekt einer verständigen Trinkkur dieser entweder als Soolquellen (mit etwas Jod und Brom) zu bezeichnenden (Kreuznach, Hall, Darkau) oder gar fast indifferenten (Krankenheil) Wässer, d. h. die hiedurch bewirkte reichliche Diurese, sowie die dort selbstverständliche Hautpflege sehr hoch anzuschlagen. Andererseits darf nicht vergessen werden, daß gerade bei Syphilis so häufig eine Ueberdispensierung von Quecksilber und Jod stattfindet, und für diese Kranken sei gerade die Fortsetzung der Behandlung in Form einer solchen Trinkkur, die also gewissermaßen einem Aussetzen der Therapie gleichkommt, von besonderem Nutzen. Aber immerhin sei es notwendig, dagegen zu protestieren, daß dem Jod, bezw. dem der Quelle entstammenden Salz (1 kg sogenanntes Jodsalz enthält 1.2 g Jodmagnesium) diese eventuellen Erfolge zugeschrieben würden. — (Therap. Monatsh. XVII., 7.) D.

Ueber die gonorrhöische Erkrankung der Paraurethralgänge.

Von J. Sellei.

Die Pathohistologie dieser Gänge ist nach S. noch verhältnismäßig wenig studiert worden (doch liegen gerade aus den letzten Jahren eine ganze Reihe zuzüglicher Publikationen vor Ref.), weshalb er seine eigenen Untersuchungen vorbringt. Als zweckmäßigste Einteilung gilt die Unterscheidung von zwei Formen von Gängen. Die einen sind präformiert und besitzen als solche eine von Epithelien ausgekleidete Wand; diese letztere fehlt der zweiten Art von Gängen, die also einfachen Fisteln gleichkommen. Die letzteren kämen dadurch zustande, daß mit der gonorrhöischen Erkrankung einer Litttré'schen Drüse eine glanduläre und periglanduläre Infiltration entsteht, die längs eines größeren Lymphgefäßes fortschreitet und durch Zerfall und Durchbruch nach außen sich zu einer Fistel ausbildet. Von einem histologischen Nachweis des eben skizzierten Verlaufes — das muß betont werden — ist keine Rede, auch ist gar nicht klar, ob der Autor hier zwischen Peri- und Paraurethritis scharf scheidet. Auch die zweite Art von Gängen, die präformierten, können nach dem Autor mit den Litttré'schen Drüsen in Zusammenhang stehen, aber während das für die Fistelgänge unbedingt gilt, besteht hier diese Notwendigkeit nicht. Während also der Entwicklung der ersten Art von Gängen notgedrungen Weise die periglanduläre Infiltration und fortschreitende Entzündung der Litttré'schen Drüsen vorausgehen muß, fällt dies für die präformierten Gänge weg. Diese er-

kranken unter Umständen auch selbständig gonorrhöisch, wie die Urethra, nehmen jedoch bei Beteiligung des die Gangwand umhüllenden Gewebes zuweilen genau die gleichen klinischen Formen an, wie die ersten, indem die starke Infiltration einerseits zur Abszedierung, anderseits zur teilweisen oder vollständigen Abstoßung der Epithelbekleidung führt. Zuweilen können sich auch beide Krankheitsbilder kombinieren. Als bestes therapeutisches Verfahren ist das Ausbrennen des Ganges auf galvanokaustischem Wege oder noch vorteilhafter die chirurgische Entfernung des Ganges mit dem Messer und nachfolgender Naht anzusehen. — (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXXVI., Nr. 6.) D.

Ueber die Pathogenese der gonorrhöischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln. Von G. Baermann.

Es existiert bereits eine große Zahl von Mitteilungen über gonorrhöische Abszesse der Nebenhoden, bei welchen es gelang, aus dem Eiter den Gonokokkus in Strichpräparaten sowohl, als in Kultur zu verifizieren. Den Autor aber beschäftigt die Frage, ob sich die eingewanderten Gonokokken in allen Fällen von gonorrhöischer Epididymitis nachweisen lassen und welchen lokalen Prozeß sie dort hervorrufen. 28 Fälle von gonorrhöischer Epididymitis nach dieser Richtung mittels Punktion untersucht, ergaben, daß es in dem größten Teile derselben zu mehr oder minder ausgedehnter Abszeßbildung und gleichzeitiger entzündlicher Hydrokele mit positivem Gonokokkenbefund kommt, während die restlichen Fälle wohl den Gonokokkenbefund aufweisen, jedoch ohne auf eine ausgedehnte Vereiterung schließen zu lassen. Es ist gewiß interessant, daß in all jenen Fällen, wo die Punktion Eiterung ergab, keine Spur von Fluktuation zu konstatieren war; nichtsdestoweniger ist auch die klinische Diagnose derselben möglich, da sie sich in der Regel durch einen rapiden Fieberanstieg (auf 40—41°), durch starke lokale Schmerzhaftigkeit und Schwellung, sowie durch die mit einhergehende große Prostration auszeichnen. Wo diese stürmischen Erscheinungen fehlen, ergibt der Punktionsbefund nicht Eiter, sondern bloß einen bis zwei Tropfen blutig-seröser Flüssigkeit, aus welcher sich, wenn auch viel spärlicher, Gonokokken züchten lassen. Dagegen hat die Punktionsflüssigkeit der Hydrokele puncto Gonokokken nur dann ein positives Resultat, wenn durch größere Leukozytenauswanderung eine stärkere Trübung der Hydrokelenflüssigkeit eingetreten, dieselbe also eiterähnlicher geworden ist.

Es sind also sicherlich alle diese Prozesse auf Gonokokken-einwanderung zurückzuführen. Ob die Abszeßbildung durch die Gonokokken im gleichen Sinne aufzufassen ist wie bei den Bartholini'schen Abszessen, durch Verlegung des Ganges (also Stauungsabszesse) oder ob sie durch die Gonokokken primär hervorgerufen werden, müßte erst durch anatomisch-histologische Untersuchungen sichergestellt werden.

Auch daß die Gonokokken sich im Nebenhoden sehr lange erhalten, was durch Rekrudescenz des Prozesses klinisch ja längst wahrscheinlich schien, konnte der Autor durch Punktion in einem Falle nach 1³/₄ Jahren nachweisen. Therapeutisch ist die Punktion der Epididymitis vielleicht von Wert, weil sie entspannend wirkt und möglicherweise die Rückbildung beschleunigt, die Punktion der entzündlichen Hydrocele ist jedenfalls zu empfehlen. — (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40, 1903.) D.

Dermatologie.

Zur Behandlung der Seborrhöe. Von Dr. R. Sabouraud.

Der große Einfluß, welcher einer Reihe von Allgemeinerkrankungen und lokalen Störungen für das Zustandekommen von seborrhöischen Läsionen zuerkannt werden muß, macht es einer rationalen Bekämpfung dieser wichtigen Krankheitsgruppe zur ersten Aufgabe, vor allem etwaigen Begleitübeln wirksamst entgegenzutreten. In dieser Hinsicht sind insbesondere beim weiblichen Geschlechte Genitalprozesse aufs eingehendste zu berücksichtigen, die nicht nur den Verlauf einer Seborrhöe wesentlich zu beeinträchtigen vermögen, sondern oft auch das auslösende Moment für die letztere abgeben. Von allgemeinen Ernährungsstörungen kommen insbesondere jene im Gebiet des lymph- und blutbereitenden Apparats in Betracht. Von jeher hat die Kombination des lymphatischen Habitus und der Seborrhöe das Augenmerk auf sich gelenkt und nicht minder geläufig ist die Relation, welche zwischen chlorotischen anämischen Zuständen und den variablen Formen der Seborrhoea oleosa bestehen.

In richtiger Würdigung der Beschaffenheit des Nährbodens, auf welchem die seborrhöischen Läsionen mit seltener Hartnäckigkeit sesshaft werden, tritt denn auch S. mit bestem Eifer für die präparatorische und begleitende Allgemeinbehandlung ein, um bei

bestehenden Komplikationen des Hautprozesses besser Herr werden zu können.

Die wichtige Rolle, welche dem Schwefel in der externen Behandlung der Seborrhöe einzuräumen ist, möchte S. auch der internen Verabreichung des Präparats in Form natürlicher Mineralwässer beimessen. Zur Empfehlung gelangen die Quellen von Luchon und Challes, welchen wir von heimischen Thermen jene von Baden, Trenesin-Tepliz, Harkany, Illidze etc. an die Seite stellen können. Daneben wird stets auch zu den roborierenden und für den Gewebsaufbau belangreichen Stützen des Heilschatzes: zum Phosphor, Arsen und Jod Zuflucht zu nehmen sein. Das keratoplastische Vermögen des Arsens möchte geeignet erscheinen, dasselbe an die Spitze der internen Hilfsmittel der Seborrhöebehandlung zu erheben, wenn diese Eigenschaft mit Konstanz zum Ausdruck käme und nicht, wie so oft, durch minder erwünschte pharmakodynamische Wirkungsäußerungen abgeschwächt und selbst aufgehoben erschiene.

Für die Wahl der lokalen Prozeduren wird stets die Form und die Lokalisation der Seborrhöe bestimmend sein, und auch hiebei erfordern die individuellen Differenzen die weitgehendste Berücksichtigung. So wird ein und dasselbe Medikament in stets variabler Konzentration zu applizieren sein, je nachdem die seborrhöischen Läsionen sich nur in Ueberproduktion der abnormen Fettauscheidung auf anscheinend normaler Haut äußern oder aber ihre Charakterisierung in konsekutiven entzündlichen Reizerscheinungen des Integumentes besitzen. Desgleichen hat die Dosierung entsprechend dem Standorte der Veränderungen vielfachen Variationen zu unterliegen, wobei die Widerstandsfähigkeit der einzelnen Hautpartien als Maßstab dient. So kann ein Medikament in einfacher Konzentration im Gesicht, in doppelter am Körper und dreifacher Dosierung im Bereich der behaarten Kopfhaut angewendet werden.

Die wesentlichsten Behelfe der topischen Behandlung bilden: der Schwefel und dessen Verbindungen, die Teerpräparate samt ihren Derivaten und die Quecksilberverbindungen.

Unter den Schwefelpräparaten kann die von E. Vidal angegebene Zusammensetzung (Sulf. praecipitat., Alkohol 90%ig, aa 10·0, Aqu. dest., Aqu. rosarum aa 50·0) als Paradigma der flüssigen Suspensionen dienen. Die von den abendlichen Waschungen

restierende feinste Schwefelstaubschichte kann des Morgens weggebürstet oder durch Seifenwaschungen entfernt werden. Die beste Anzeige finden diese Waschungen bei der *Seborrhoea oleosa* und den *polymorphen Akneformen*. Ein aktiveres Vermögen gegen die knotigen, furunkulösen und keloiden Akneformen besitzen Lösungen, die einen größeren Schwefelgehalt bei erhöhter Penetrationsfähigkeit aufweisen. So die Kombination von *Hebra* (Sulf. praecipit. 25·0, Natr. carb., Alkoh., Aether, Glys. aa 10·0) oder (Alkoh. 90% 100·0, Sulf. praecipit. 10·0, Acid. pyrogall. 1·0 bis 10·0), bei schweren Seborrhöen der Kopfhaut die Vereinigung mit Teer (Liqu. Hoffmann 200·0, Ol. cadin. 40·0, Acid. pyrogall. 2·0 bis 20·0, Sulf. praecipit. 20·0).

Von Schwefelsalben eignen sich am besten 5—10%ige. Die Formel von *Lassar* (Naphthol. 10·0, Sulf. praecipit. 50·0, Sapon. virid., Vaseline flav. aa 20·0), die Vorschrift von *Fournier* (Vaseline, Lanolin, Sulf. praecipit., Acid. salycil. aa 5·0), *Besnier* (Sulf. praecipit., Ol. amygdal. aa 20·0) oder *Brocq* (Sulf. praecipit., Sap. virid. aa 30·0).

Unter den Teersorten war bisher das *Ol. canadinum* an erste Stelle zu setzen, das in Zukunft jedoch sicherlich durch das von *Sack* in Heidelberg dargestellte gereinigte, farblose Präparat überall verdrängt werden dürfte, wo es auf die Behandlung exponierter Körperpartien ankommt. Dieses von *Köll* in Ludwigshafen unter dem Namen *Anthrasol* in Umsatz gebrachte dünnflüssige, gereinigte Präparat findet bei den seborrhöischen Läsionen des Stammes und der Kopfhaut, gleichwie bei den Dermatomykosen, sein wichtigstes Indikationsgebiet und kann gegen die einfache Seborrhöe der Kopfhaut als 10%iges *Anthrasolvaseline* mit bestem Erfolge herangezogen werden. *Sabouraud*, der wärmste Anhänger der Teermedikation, wird sich diesen technischen Fortschritt, der nicht nur das Kolorit, sondern auch den sonst penetranten Geruch fast beliebt, gewiß zunutze machen und das *Anthrasol* an Stelle der bisher angewendeten Teeröle setzen.

Einen viel bescheideneren Raum als Vf. es tut, möchten wir der Pyrogallussäure, dem Chrysarobin und den Quecksilberverbindungen in der Seborrhöebehandlung einräumen.

Bei nässenden und zur Krustenbildung führenden Veränderungen der behaarten Kopfhaut verwendet Vf. folgende Lösung: Zinc. sulf., Cupr. sulf. aa 1·00, Spirit. camphorat. 20·0, Aqu. dest. 100·00. Die Lösung wird zehnmal täglich in die erkrankten Haut-

partien eingerieben; nach dem Einreiben tritt leichtes Brennen auf, das aber nicht länger als 1—1½ Minuten anhalten darf; entstehen stärkere oder länger dauernde Schmerzen, so muß die Lösung mit Wasser verdünnt werden. — (Revue prat. d. mal. cut., syph. et vénériennes, II. 6—8, 1903.) N.

Urologie.

Ueber Enuresis und ihre Behandlung mittels epiduraler Injektionen. Von Kapsammer.

Das jedem Praktiker bekannte Bild der idiopathischen Enuresis stellt trotz der gegen dieses lästige Uebel angewendeten therapeutischen Polypragmasie, mechanischer, medikamentöser, diätetischer, elektrischer, suggestiver, roborierender und anderer Maßnahmen immer noch große Anforderungen an die Geduld des Arztes wie des Patienten. K. hat nun in einer Reihe von Fällen von Enuresis Untersuchungen mit der Bougie à boule angestellt und unterscheidet in einem Teile der Fälle einen herabgesetzten Tonus des Verschlusapparats (Insensibilität der pars posterior urethrae), in dem anderen einen gesteigerten Tonus der Blasenmuskulatur (gesteigerte Sensibilität der pars posterior). Bei Kindern ist aus vielen, leicht begreiflichen Gründen eine exakte Untersuchung unmöglich, die therapeutische Indikationsstellung daher erschwert, und so erklärt sich zwanglos, warum die eine oder die andere Methode einmal gute, ein andermal gar keine Resultate ergibt. Nun stellen aber die Kinder das Hauptkontingent der Enuretiker und es ist daher begreiflich, wenn man jede neue Methode ausprobiert.

Autor berichtet nun über 37 Fälle, welche er nach der von Cathelin im Jahre 1901 angegebenen Methode mittels epiduraler Injektionen behandelte. Die Technik besteht in der Injektion von Kokain in den Kreuzbeinkanale auf die Wurzeln der cauda equina, wobei die membrana obturatoria in der Mitte einer zwischen den cornua coccygea gelegenen Linie durchstoehen wird. Ein Unterschied in der Wirkung des Kokains und der ebenfalls verwendeten physiologischen Kochsalzlösung wurde nicht beobachtet, die eingeführten Mengen schwankten zwischen 4—12 cm³ per Sitzung. Autor empfiehlt, in jedem Falle 2—3 Injektionen in kurzen Zwischenräumen nacheinander zu machen, selbst wenn, wie oft konstatiert, die Enuresis bereits nach der ersten Injektion sistiert wurde. Von den erwähnten 37 Fällen, deren Krankengeschichten

mitgeteilt werden, sind bereits 25 geheilt aus der Behandlung entlassen, sechs stehen noch in Behandlung, sechs sind ausgeblieben. Die Resultate können als glänzende bezeichnet werden, da die Technik nicht allzu kompliziert, der Eingriff nicht groß ist. Unter 300 Injektionen des Vf. (sämtlich ambulatorisch) wurde nur zweimal eine leichte Reaktion beobachtet. Auffallend erscheint, daß mehrmals eine Herabsetzung des gesteigerten Harndranges eintrat, in anderen Fällen hingegen Patienten gewissermaßen das Gefühl des Harndranges erst nach der Injektion kennen lernten, das sie zur selbständigen Blasenentleerung aufforderte. Die Animierung des Autors, diese Methode, deren Wirkungsweise allerdings vorderhand noch nicht wissenschaftlich erklärt werden kann, nachzuprüfen, erscheint sohin vollkommen gerechtfertigt. — (Wien. klin. Wochenschrift, Nr. 29 u. 30, 1903.) Rich. Grünfeld.

Beitrag zur Behandlung der sogenannten kalkulösen Anurie.

Von Krebs.

Entsprechend der häufigsten Ursache der Anurie, der Unwegsamkeit der Ureteren durch Steinverschluß, empfiehlt Vf., unverzüglich einen Katheter in den verdächtigen Harnleiter einzuführen und mit diesem den Stein nach dem Nierenbecken zu stoßen, um für den Harn die Bahn frei zu machen. Der Eingriff wird durch vorausgeschickte Injektion von heißem Oel oder Glycerin in den Harnleiter bedeutend erleichtert. Die Anurie erscheint behoben, wenn sich tatsächlich in dem betreffenden Ureter der supponierte Stein vorgefunden hat. Im anderen Falle, d. h. wenn sich in dem zuerst explorierten Ureter kein Stein nachweisen läßt, muß man im anderen Harnleiter suchen. Außerdem ist die Möglichkeit gegeben, daß man, trotzdem man durch den einen Ureter einen Stein ins Nierenbecken gestoßen hat, nicht zum Ziele gelangt, da einerseits beiderseitiger Verschluß bestehen kann, andererseits in dem einen Ureter eine seit längerer Zeit bestehende ältere Verstopfung bei Steineinklemmung im anderen Harnleiter Anurie verursachen könnte. Jede, auch zufällig entdeckte Striktur eines Ureters soll rechtzeitig erweitert werden, da sie bei Steineinklemmung verhängnisvolle Folgen haben könnte. (Russki Wratsch, Nr. 18, 1903, Monatsber. f. Urologie, Bd. 8, H. 6, 1903.) Bei dieser Gelegenheit verweist Referent auf einen in neuester Zeit (Apolant, Deutsche mediz. Wochenschr., Nr. 29, 1903) veröffentlichten Fall von achttägiger Anurie ohne erhebliche Beschwerden bei einem 70jährigen Manne, der in jüngeren Jahren schon einmal eine

neuntägige Anurie durchgemacht hatte. Hier gelang es, durch Ureterenkatheterismus die Harnwege passierbar zu machen, worauf sich in den ersten 24 Stunden 10 Liter Urin entleerte. Ein Stein oder Konkrement konnte nicht einwandfrei nachgewiesen werden, jedenfalls aber kann man den Ureterenkatheterismus in diesem Fall als lebensrettenden Eingriff bezeichnen.

Rich. Grünfeld.

Ein neuer Blasenschnitt. Von R. Frank.

Bei einem 63jährigen Manne mit der klinisch-endoskopischen Diagnose Papillom oder Karzinom der Harnblase wandte Frank folgendes Verfahren zur Entfernung des Tumors an: querer perinealer Schnitt und Mastdarmablösung nach O. Zuckerkandl, stumpfes Weiterpräparieren bis zur hinteren Blasenwand, den Samenbläschen und der Douglas'schen Falte, hierauf mediane Längsinzision in der hinteren Blasenwand oberhalb der Prostata zwischen den Samenbläschen. Eversion der Schnittländer (Muzeux, Fadenschlingen), Abtragung des nun zur Ansicht gelangenden Papilloms mit dem Paquelin, Drainage, Jodoformgaze, Verweilkatheter. Heilung. Diese Operation führte Frank als Konkurrenzoperation der sectio alta in Anbetracht der geringeren Gefahr, der unsicheren Blasennaht, der einfacheren und abgekürzten Nachbehandlung und der geringeren Beschwerden aus. Die Wundheilung verfügt über günstige Adjuvantien, da der Urinabfluß in der Richtung der Schwere durch die Wunde leicht vor sich geht, die über 2 cm breiten Wundflächen der Blase zeigen gute Verklebungstendenz, eine Fistelbildung erscheint durch die anatomischen Verhältnisse beinahe ausgeschlossen. Frank hat seit der Vorstellung des geschilderten Falles wiederholt Tumoren und Steine der Blase auf diesem Wege entfernt (noch nicht publiziert) und verfügt über recht günstige Resultate. Die Methode, die den Anforderungen cito, tuto et jucunde wohl entspricht, kann zur Nachprüfung wärmstens empfohlen werden. — (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 20, 1903.)

Rich. Grünfeld.

Augenheilkunde.

Hydrotherapie bei Augenleiden. Von Dr. A. Koch.

Das hydriatische Verfahren findet in der Ophthalmotherapie bald als solches allein, bald auch mit anderen diätetischen oder medikamentösen Verfahren kombiniert, vielfache Anwendung, und

zwar sowohl als Balneotherapie als auch als Hydrotherapie im engeren Sinne des Wortes. Die Heilfaktoren bei der Balneotherapie sind:

1. Hygienische und psychische: die in klimatischer und sozialer Beziehung vollständig geänderte Lebensweise übt auf den erkrankten Organismus ihre gute Wirkung aus.
2. Pharmakodynamische: die in den Mineralwässern enthaltenen Chemikalien gelangen zur Geltung.
3. Hydrotherapeutische: die Wasserprozeduren und Trinkkuren üben ihren Einfluß aus, und zwar zum Teil hydriatischer Natur.

In der großen Mehrzahl der Fälle ist die Verwendung der Balneotherapie bei Augenleiden insoferne eine indirekte, als es sich um die Behandlung des das Augenleiden bedingenden Allgemeinleidens handelt. (Gicht, Diabetes, Anämie, Chlorose, Skrofulose, Lues und dergleichen.) Um alte Infiltrate bei Keratitis parenchymatosa zur Resorption zu bringen, empfiehlt Goldzieher Thermalkuren, Sool- und Seebäder, Pagenstecher empfiehlt bei alten rezidivierenden Iridokyclitiden in der von der Attaque freien Zeit, mindestens 6—8 Wochen nach dem letzten Anfall, den Thermalgebrauch in Wiesbaden, welcher letzterer bei allen Erkrankungen des Auges, die mit Hämorrhagien der Retina oder Chorioidea verbunden sind oder dazu disponieren, ebenso bei glaukomatösen Prozessen, bei Netzhautablösung und Keratokonjunktivitiden, kontraindiziert ist und tritt an deren Stelle, namentlich in allen jenen Fällen, in denen es sich um die Resorption von Exudationen in die verschiedensten Gewebsteile des Auges handelt, die Trinkkur.

Für alle mit Kongestion einhergehenden Erkrankungen, die eine ableitende Behandlung erfordern, empfiehlt Flechsig die alkalisch-sulfatischen Wässer (Marienbad, Elster, Franzensbad, Tarasp). Die Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg, Soden) und die Jodquellen (Hall, Darkau, Iwonicz) finden ihre Anwendung bei Zuständen der Kongestion, ferner bei Glaskörpertrübungen, Erkrankungen der Retina, bei Vorhandensein von Exudaten in Cornea und Sklera.

Namentlich bei Behandlung der skrofulösen Augenerkrankungen findet die Balneotherapie ihre Hauptanwendung, und zwar sowohl die Jod-, Brom-, Eisen-, Sool- und Schwefelquellen als auch die Seebäder und klimatischen Kurorte. Ganz besonders wich-

tig ist es in diesen Fällen zu individualisieren und die klimatologischen Verhältnisse genau zu berücksichtigen.

Die Anwendungsweise des hydriatischen Verfahrens im engeren Sinne des Wortes kann entweder eine direkte durch Applikation des Wassers auf das Auge selbst oder eine indirekte durch Applikation auf entferntere Körperteile sein. Bei dem indirekten Verfahren (kalte und warme Bäder, kalte Abreibungen, kalte, schottische und wechselwarme Duschen, Fußbäder, Vollbäder, Dampfbäder, Einpackungen u. s. w.) gelten die allgemeinen Lehrsätze der Hydrotherapie. Die Badewirkung wird auf thermische und mechanische Effekte zurückgeführt. Sie finden ihre Anwendung bei Stoffwechselstörungen, Konstitutionsanomalien, neurosthenischen und dyskrasischen Zuständen.

Die Duschen finden ihre Anwendung bei nervösen Augenkrankungen. Fußbäder werden sehr häufig als ableitende Kur bei stark kongestiven Zuständen des Auges verordnet. Das Wasser soll bis über die Waden reichen und eine Temperatur bis 38° R. haben und werden die Fußbäder am besten abends in der Dauer von 2 Minuten bis 1/2 Stunde genommen. Die Wirkung der Fußbäder kann durch Zusatz von Senfmehl, Soda und dergleichen verstärkt werden. Nach dem Fußbad sind die Füße gut abzutrocknen, energisch zu reiben und in eine wollene Decke einzuwickeln. Indiziert sind Fußbäder bei hoher Myopie, Glaskörpertrübungen, Blutungen der Netzhaut und Chorioidea. Kontraindiziert bei Varikositäten. Die direkte Wasserbehandlung bei Augenleiden besteht in der Anwendung von kalten oder warmen Umschlägen, Augenbädern, kalten Waschungen der Augen und Augenduschen. Letztere sind namentlich von gutem Erfolge bei asthenopischen Zuständen und Blepharospasmus. Beim Blepharospasmus und der Photophobie bei Keratoconjunctivitis eczematosa wirkt sehr gut das Untertauchen des Gesichtes: der kleine Patient wird auf einige Sekunden mit dem Kopfe nach unten in ein Gefäß, welches mit kaltem Wasser gefüllt ist, so hineingehalten, daß sich die Augen unter Wasser befinden. — (Schwarz, Enzyklopädie der Augenheilk., 1903.)

Dr. J ä n n e r.

Ueber die Beziehungen der Masern zum Auge. Von Dr. Bondi.

Im Winter 1902 herrschte in Iglau in den Monaten November bis inklusive Februar eine schwere Masernepidemie. Unter 25.000 Einwohnern waren 446 Fälle von Masern behördlich gemeldet und ist wahrscheinlich eine ebenso große Zahl nicht zur

Anzeige gebracht worden. B o n d i studierte nun die während dieser Masernepidemie aufgetretenen Augenerkrankungen und berichtet hierüber in obgenannter Publikation.

In Bezug auf die mit Masern im Zusammenhange stehenden Augenkrankheiten muß vor allem der Zeitpunkt des Eintretens der Augenkrankheit berücksichtigt werden, und zwar treten die Augenkrankheiten auf:

1. vor Beginn der Masern,
2. während der Masern,
3. nach den Masern, entweder im baldigen Anschluß oder aber auch viel später.

Die Krankheiten vor Beginn der Masern und während der Masern werden als allgemein bekannt nicht näher beschrieben, umsomehr dafür die sub 3. angeführten Augenkrankheiten, und ist B o n d i bei seinen Beobachtungen zu folgendem Resultate gelangt:

1. Mindestens jedes fünfte Kind, welches an Masern erkrankt war, hatte später eine Augenkrankheit als Nachkrankheit.

2. Diese Nachkrankheit betraf die Bindehaut, die Hornhaut, die Lider und den ganzen Augapfel als Panophthalmitis.

3. Am häufigsten vertreten waren die Bindehauterkrankungen und darunter speziell die Conjunctivitis eczematosa.

4. Hornhauterkrankungen, fast den dritten Teil aller Augenkrankheiten ausmachend, waren sowohl durch leichte Formen (Infiltrate am Hornhautrande, zentrale und parazentrale Infiltrate, Gefäßbändchen), als auch durch schwere Hypopyonkeratitiden vertreten.

5. Unter den Liderkrankungen, welche fast den vierten Teil aller Augenerkrankungen ausmachten, sind die Hordeola (externa und interna) in erster Reihe zu erwähnen.

6. Panophthalmitis mit Ausgang in Phtisis bulbi war in drei Fällen eingetreten.

7. Die Zeit des Auftretens der einzelnen Augenkrankheiten anlangend, traten auf: am frühesten Panophthalmitis, Conjunctivitis crouposa und die schweren Formen der Keratitis, später die Conjunctivitis acuta und der Schwellungskatarrh, dann die Hordeola und am spätesten die Conjunctivitis und Keratitis eczematosa.

8. Die schweren Augenaaffektionen befelen in der Regel jüngere Kinder im Alter von 2—3 Jahren, die leichteren Affektionen ältere Kinder im Alter von 5—7 Jahren.

9. 90% aller augenkranken Kinder war früher nie augenkrank gewesen.

10. In 72% aller Fälle war die Augenerkrankung nur einseitig. Es kann daher die Ursache der Augenerkrankung nicht nur in einer Störung der allgemeinen Ernährung allein gelegen sein, sondern es mußten auch lokale Schädlichkeiten am Auge eingewirkt haben. — (Wien. Klinik, 29. Jahrg., II. 1, 1903.)

Dr. J ä n n e r.

Zahnheilkunde.

Plastische Prothesen. Von H. Salamon.

Vf. gibt eine Zusammenfassung der Prinzipien, nach welchen man sich beim technischen Gesichtersatz zu richten hat. Für die Nasenprothese empfiehlt er einen Abdruck mit Gips herzustellen und danach vom Bildhauer eine entsprechende Nase formen zu lassen. Nach Anprobieren der wächsernen Nase wird sie am besten in Kautschuk ausgeführt, weniger eignen sich Celluloid, Porzellan oder Metalle, mit Oelfarben koloriert und mittelst eines Brillengestells, eventuell auch durch in den Defekt eingreifende Federn befestigt. Bei Orbitaprothesen erfolgt die Befestigung entweder im Innern der Orbita durch aus weich bleibendem Kautschuk hergestellte Fortsätze oder nach außen durch eine Brille. Relativ am einfachsten gestaltet sich die Herstellung von Oberkieferprothesen, deren Erfolge umso günstiger sind, je rascher nach der Operation sie angefertigt werden. In vielen Fällen empfiehlt es sich, schon vor der Operation Abdruck zu nehmen, um die Prothe unmittelbar nach derselben anlegen zu können. Das Prinzip der von S. empfohlenen Prothe ist 1. eine horizontale Gaumenplatte als Basis für die zu ersetzenden Zähne und als Verschuß zwischen Mund- und Nasenhöhle, 2. eine vertikale Platte als Fortsetzung des künstlichen Zahnfleisches, um der Wangenmuskulatur eine Stütze zu bieten und dem entstellenden Narbenzug entgegenzuwirken, 3. eine schiefe Ebene, welche den Abschluß gegen den Rachen zu vervollständigt und die Sekrete nach rückwärts ableitet. Wird eine Immediatprothese in dieser Art hergestellt, so dient die obere Fläche derselben dem Chirurgen als sehr erwünschte Grundlage für den Jodoformgazeverband. — (Oest.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk., 19. Jahrg., II. 2.)

R. Kronfeld.

Französische und englische Literatur.

Ueber den therapeutischen Wert von Röntgenstrahlen bei der Behandlung der Pseudoleukämie. Von N. Senn.

Bei gleichzeitiger Arsen- und Eisentherapie nach 24 Bestrahlungen in einem Falle Zurückgehen aller Drüsentumoren. Nach drei Monaten, bei fortgesetzter interner Therapie, leichte Anschwellung der Hals- und Achseldrüsen, die nach zehn neuerlichen Sitzungen abfallen.

In einem zweiten Falle nach 15—10 Sitzungen von 7 bis 10 Minuten Dauer Verkleinerung der Drüsen unter Erscheinungen von Anämie und Toxämie, vielleicht bedingt durch Resorption der Drüsenzerfallsprodukte. Nach dreiwöchentlicher Pause führt die zwölfmalige Bestrahlung mit Röntgen-Strahlen in der Dauer von 7 Minuten neuerlich zu toxämischen Symptomen. 27 Bestrahlungen hatten die meisten Drüsentumoren verschwinden gemacht. Leber- und Milzvergrößerung fortbestehend. — (New-York med. Journ., April 1903.)

Vorlesungen über okulistische Therapie. Von A. Darier.

Darier empfiehlt als Ersatz für das schmerzhaftes Argent. nitric. das absolut schmerzlose Argyrol in 25%iger Lösung; dasselbe war in 2, 5—10%iger Lösung in Fällen von Dacryocystitis von sehr gutem Erfolge, verminderte rasch die Sekretion. In Fällen von Ophthalmoblenorrhöe der Neugeborenen sistierte die purulente Sekretion durch einfache 25%ige Argyrolinstillationen bei stündlicher Applikation. Neben Argyrol experimentierte der Autor noch mit Kollargol Credé in wässriger 1%iger Lösung. Er weist auf die erfolgreichen Fälle von TroussEAU hin, der drei Fälle von Panophthalmitis durch Injektion mit Unguent. Credé zur Heilung brachte. Was die subkonjunktivalen Injektionen, sei es mit Kochsalzlösungen, sei es mit Sublimatlösungen, anlangt, so würden sich aus theoretischen Gründen dieselben insbesondere bei Erkrankungen mit geringen entzündlichen Reaktionserscheinungen (Iritis, Keratitis chronica) empfehlen. — (Le progrès médical, April 1903.)

Ueber Anwendung von heißem oder kaltem Wasser bei Erkrankungen des Auges.

Nancee kommt in seinem Referate zu folgenden Ergebnissen: Die Applikation von Hitze ist indiziert bei degenerativen Prozessen der Cornea, bei allen Formen von Keratitis, Hornhaut-

geschwüren, Pannus, infizierten Hornhautwunden, Hyphämie, bei Hypopyon, suppurativer Panophthalmitis, bei Iritis und Zyklitis, bei muskulären Spasmen, endlich bei Kontusionen und Echymosen der Augenlider, um die Resorption der Blutextravasate zu befördern. Die Temperatur soll so hoch genommen werden, als es der Patient überhaupt verträgt.

Kälte ist indiziert bei Hyperämie und Entzündung der Konjunktiven, insbesondere bei purulenten Konjunktivitiden. Kalte Applikationen sind von Wert bei Traumatismen, speziell der Iris, sowie bei der Frühbehandlung von Lidkontusionen. — Bei eitrigen Konjunktivitiden ohne Hornhautbeteiligung empfehlen sich eiskalte Umschläge, kontinuierlich durch mehrere Stunden angewendet.

Die heißen Verfahren unterstützen die rasche Resorption von Medikamenten und sollen daher der Instillation von Medikamenten vorhergehen. — (Medical Standard, Dez. 1902.)

Gegen Bleikolik empfiehlt die Anwendung elektrischer Bäder Galliard. In vier Fällen, darunter einem sehr veralteten Falle, war nach Applikation eines einzigen elektrischen Bades Stuhl zu erzielen, ohne Anwendung von Abführmitteln, die mitunter sekundäre Darmirritation provozieren; auch der veraltete Fall war nach Anwendung von fünf Bädern vollkommen geheilt. — (Revue française de Médecine et de Chirurgie Nr. 21, 1903.)

Astigmatismus, geheilt durch Operation.

Bull erzielte in einem Falle von linksseitigem Astigmatismus von 1.75 D. bei stärkster Krümmung im horizontalen Meridian nach kompletter Tenotomie des linken Rectus externus Heilung des Astigmatismus. Schon drei Tage nach der Operation ließ sich mit dem Ophthalmometer nachweisen, daß die Differenz der Krümmungen im horizontalen und vertikalen Meridian verschwunden war, der Astigmatismus war behoben. Trotz des guten Effektes glaubt Autor, daß eine Tenotomie wegen Astigmatismus nur in Ausnahmefällen indiziert sein könne. — (New-York med. Journ., Febr. 1903.)

Neue Tendenzen der Therapie.

Bouchard wies in seinem Vortrage auf dem ägyptischen medizinischen Kongreß auf den absurden Gebrauch hin, zur Heilung einer einseitigen Gelenkläsion 6 g Natr. salicyl. zu verabreichen. Wiegt ein Mann z. B. 60 kg und nimmt man das Gewicht des erkrankten Teiles mit 50—100 g an, so gelangen an die erkrankte

Stelle 5—10 mg, der Ueberschuß sei überflüssig, ja direkt schädlich. Nach dieser Methode konnte Bouchard die Heilung von Arthritiden, Pleuritiden, ja sogar rheumatischen Perikarditiden durch Ausführung weniger Injektionen erzielen. Auch eine lokale, schmerzhaft Muskelkontraktur sistierte nach wenigen Injektionen von Salizyllösung, ebenso Ischias. Bei Entzündungen seröser Häute wurde die Injektion nicht in einem abgeschlossenen Hohlraum, sondern in das erkrankte Gewebe oder dessen Umgebung ausgeführt. Die lanzinierenden Schmerzen bei Tabes waren nicht zu beeinflussen, dagegen erwies sich die Kombination von allgemeiner Behandlung mit lokaler Injektionstherapie bei Gummien als wertvoll. — (Presse médicale Nr. 105.)

Inkompatible Medikamente.

Bei der Verschreibung von Alkaloiden ist große Sorgfalt notwendig, da ein entstehender Niederschlag infolge von Ueberschreitung der maximalen Dosis ernste Konsequenzen haben könnte. Alkaloide sind nicht zu verschreiben gemeinsam mit Kaliumkarbonat, Na_2CO_3 , $\text{Na}_2\text{B}_4\text{O}_7$, Ammoniumpräparaten, mit Jod oder Brom, mit Acid. tannicum, Quecksilberchlorid und Goldchlorid. Inkompatibel ist Chinin mit Salizylaten und Azetaten.

Die Inkompatibilität der Alkaloide mit den genannten Substanzen ist auf ihre Fällbarkeit durch dieselben zurückzuführen: so wird bei Verschreibung von Morph. sulf. und Acid. tannic. Morphium tannicum niedergeschlagen.

Inkompatibel sind Quecksilbersalze und Kalium- oder Natriumverbindungen, Silbernitrat und Kochsalz oder Na_2CO_3 . Salizylsalze und Bensoesalze sollen nicht mit Säuren kombiniert werden, weil sich freie Salizylsäure und Benzoessäure bilden, die in Wasser nur wenig löslich sind. Ichthyol ist unlöslich in Alkohol und inkompatibel mit Säuren oder Jodsalzen. Tet. jodi darf nur bei Anwesenheit von Natr. jodat. mit Wasser oder Glycerin dispensiert werden. — (Mercks Archiv, März 1903.)

Modifikation zweier klassischer Rezepte von Arsenpräparaten.

Von M. Danlos.

Im allgemeinen werden in der Darreichung von Arsen in Form der asiatischen Pillen größere Mengen vertragen, als in Form der Fowler'schen Tropfen. Man kann oft die Dosis von 15 gtt. Sol. Fowl. nicht überschreiten ohne Magenstörungen, während zwei asiatische Pillen (= 10 mg) gut vertragen werden. Allerdings wird der Einwand gemacht, daß die alten, ganz hart

gewordenen Pillen, ohne zersetzt zu werden, den Digestionstrakt passieren können. Statt der gewöhnlichen Verschreibung der französischen Pharmakopöe:

Acid. arsenicos. . . . 0·5
Pulver. nigr. . . . 5·0
Gunmi arab. . . . 1·0
Aqu. q. s. Mfpilul. Nr. C

verschreibt daher Autor:

Acid. arsenic. 0·5
Glycerini 3·0
Pulver. nigr. porphyris . . 5·0
Pulv. Gent. q. s. u. f. Pilul. Nr. C

Diese Verschreibungsform hat den Vorteil, daß 1. Arsen, in Glycerin gelöst, sich in feinsten Verteilung darbietet und daher leichter absorbiert wird, 2. vermindert die Lösung in Glycerin die lokal irritierende Wirkung des Arsens auf die Schleimhaut des Magens und Darmes, 3. erhalten sich diese Pillen längere Zeit frisch. — Zur Erzielung des kaustischen Effektes verschreibt Autor:

Acid. arsenic. porphyris 1·0
Cocain. muriat. . . . 1·0
Orthoform. 8·0,

wodurch die große Schmerzhaftigkeit des Verfahrens verringert wird. — (Revue française de médecine et de chirurgie.)

Oxalsäure als Expectorans.

Poulet verwendet schon lange Oxalsäure in Fällen von Asthma, kapillarer Bronchitis und selbst bei tuberkulöser Bronchitis. Er empfiehlt für Fälle kapillarer Bronchitis folgende Anwendungsform:

Acid. oxalicæ 2·0
Infus. Theae 190·0
Syrup. cort. aurant. . . 75·0
Stündlich 1 Teelöffel.

— (Bulletin général de thérapeutique Nr. 16.)

Gomenol bei Cystitis dolorosa.

Gomenol scheint in der lokalen Therapie der Cystit. tbc. das Guajakol ersetzt zu haben. Es wird folgendes Verfahren empfohlen: Einen Tag Installation von 40 Tropfen einer 1 : 5000-Lösung von Sublimat, den zweiten Tag Instillation von 4 cm³ einer öligen Gomenollösung von 5—20 : 100.

Da Gomenol anästhesierend wirkt, sistieren bald die Schmerzen. Seine Anwendung empfiehlt sich auch bei gewöhnlicher Zystitis. Gegen Lungentuberkulose empfiehlt Bernheim die subkutane Anwendung in 20—33%iger Lösung 2—10 cm³ pro die. Verminderung des Fiebers, der Schweiß, des Hustens sei die Folge. — (Journal des Praticiens Nr. 17, p. 267.)

Therapeutische Verwendung von Glykogen.

J. de Nittis machte mit Glykogen therapeutische Versuche, ausgehend von der Tatsache, daß dasselbe im Ueberschuß vorhanden sei, überall, wo eine aktive Zellenproliferation besteht, anderseits der Prozentgehalt von Glykogen im Blute, bei Tuberkulose, Krebs und bei Kachexien vermindert ist. Nittis konnte durch Verabreichung von Glykogen Vermehrung des Gewichtes und Wiederkehr der Kräfte bei Kachektischen und Tuberkulösen erzielen. Anfangs hielt der Autor das Mittel nur im Stadium der Apyrexie für indiziert, später, bei Verwendung größerer Dosen, konnte auch bei fieberhaften Fällen ein bemerkenswerter Erfolg erzielt werden, so bei Typhus, Influenza, Pneumonie und Perikarditis. Daß einige Zentigramme des Mittels sich wirksam erweisen, wo der Organismus selbst in einem Tage 1½ kg produziert, wäre darauf zurückzuführen, daß es im freien Zustande den Blutkreislauf passiere, während es sonst nur in Verbindung mit Leukozyten zirkuliere. — (Arch. Gén. de Méd., Mai 1903.)

Zur Chlortherapie.

1. Widal und Lemierre fanden, daß bei vier Fällen vor arteriosklerotischer Nephritis die Zufuhr von Kochsalz in der Nahrung niemals Oedeme oder andere Störungen nach sich zog, dagegen provozierte Kochsalzzufuhr in drei Fällen von parenchymatöser Nephritis zweimal das Auftreten beträchtlicher Oedeme. Die Autoren nehmen an, daß Vermehrung der Kochsalzzufuhr in Stadien der Chlorretention zur Ablagerung von Na Cl in den Geweben und konsekutiv zur Entstehung von Oedemen führen könne, da ein Weglassen des Kochsalzes aus der Diät die Oedeme verschwinden ließ.

2. Henri Dufour konnte bei zwei Tabikern unter regelmäßiger Zufuhr von Kochsalz (täglich 2—3 g) Wiederauftreten der Patallarreflexe beobachten, in einem Falle nach einer gastrischen Krise Verschwinden des Reflexes auf einer Seite. Das Kochsalz scheine in diesen Fällen anregend auf die nervösen Elemente zu wirken. — (Société méd. des hop. de Paris, Juni 1903.)

Die Mundflecken. Von P. Jacquet.

Die „Mundflecken“ sind eine Art Stomatitis chronica, hauptsächlich an den Kommissuren auftretend, fast ausschließlich bei Kindern. Sie heilen in 14 Tagen bis einem Monat gewöhnlich spontan, neigen zu häufigen Rezidiven. J. Lemaistre konnte im Grunde der erkrankten Partien eine Form von Streptokokken finden, die sich auch an den Geräten des Hausgebrauches nachweisen ließ, doch sind die Befunde nicht allgemein bestätigt. Die lokale Therapie ist sehr einfach; Lemaistre tuschiert die lädierten Kommissuren mit Alaun oder mit einem Stifte von Cu SO_4 , andere verwenden eine 2%ige Lösung von Ag NO_3 ; nach der Verätzung legt man morgens und abends eine dicke Paste auf, z. B. Vaseline 20, Zn. oxyd., Tale. venet. aa 8:0. — (Revue française de médecine et de chirurgie Nr. 26, 1903.)

Natives injizierbares Digitalisöl.

Rosenthal hat vereint mit Martignac und Lesnier ein Digitalisöl dargestellt, das in Dosen von $\frac{1}{4}$ mg pro dosi zu verwenden ist. Die Lösung ist klar und durchsichtig mit dem charakteristischen Digitalisgeschmacke. Tierexperimente beweisen, daß das Präparat lokal nicht reizend wirkt. Die Injektionen sind unter allen Kautelen der Asepsis und Antiseptis intramuskulär zu machen, z. B. in die Pektoralisregion. Die Injektionen wurden in schwereren Fällen von Herzinsuffizienz vier Tage hintereinander, in leichteren Fällen zwei Tage hintereinander gemacht, in Fällen von myokarditischer Insuffizienz genügt eine, eventuell zwei Injektionen zur Wiederherstellung der Herzenergie. Ist Kollaps zu befürchten, so mache man 1—2 Stunden vor der Injektion eine Koffein- oder Kampherinjektion. Die Anwendung des Digitalisöles ist unbedingt indiziert: 1. in allen schweren Fällen zur Erzielung eines sicheren Effektes, 2. in allen Fällen, wo der Magendarmkanal schonungsbedürftig ist. — (Le progrès médical, Mai 1903.)

Zur Behandlung der Eklampsie.

Die Prophylaxe der Eklampsie hat zu fordern: jede Schwangere soll täglich einen Liter Milch trinken, um einer Albuminurie vorzubeugen; zur Schonung des Verdauungstraktes ist sorgfältige Mundpflege durchzuführen; jede Schwangere soll täglich einen Stuhl haben, eventuell ein- bis zweimal wöchentlich ein mildes Laxans nehmen. Zur Pflege der Haut empfehlen sich mindestens einmal wöchentlich anzuordnende Reinigungsbäder. Endlich ist es notwendig, periodisch Harnuntersuchungen von Schwangeren, ins-

besondere von Erstgebärenden, vorzunehmen; man hat die Verpflichtung, dem nichtmedizinischen Publikum die Bedeutung und Notwendigkeit solcher Analysen darzulegen. Findet sich Albumen im Harn, so muß die Frau sofort auf absolute Milchdiät gesetzt werden. Tarnier stellte den Grundsatz auf: jede Frau mit Albuminurie, welche acht Tage hintereinander absolute Milchdiät befolgt hat, wird vor einem Ausbruche von Eklampsie geschützt. Durch Darreichung salinischer Abführmittel und von Diureticis wird man den Organismus entgiften, und die Anordnung heißer Bäder nicht verabsäumen. Ist es schon zu Prodromen der Eklampsie gekommen, so tritt wieder die Entgiftungstherapie in Kraft und ist die interne Darreichung von Chloral, das durch seine im Stoffwechsel erfolgende Zersetzung in Chloroform und Ameisensäure gleichzeitig beruhigend und antiseptisch wirkt, indiziert.

Leider bricht die Eklampsie oft ohne alle Vorboten aus. Im Anfall selbst werden Zungenverletzungen am besten verhütet durch Einführen einer Kompresse, die die Zunge an den Unterkiefer angepreßt erhält. Zur Entgiftung des Organismus kommen in Betracht: Aderlaß mit Blutentziehung von 300—500 g unter Ersatz des entzogenen Serums durch Kochsalzinfusion von 300—500 g; ferner ein drastisches Abführmittel, z. B. ein Tropfen Krotonöl auf einen Eßlöffel *Ol. ricini*. Zur Durchspülung des Organismus führt Tarnier große Mengen Milch mit der Sonde ein, während Autor 4—6 Liter Flüssigkeit, zu gleichen Teilen Mineralwasser von Vichy und sterilisiertes Wasser in Anwendung bringt. Im posteklamptischen Stadium läßt man zuerst entrahmte Milch, dann gewöhnliche Milch trinken. Zur Begünstigung der Desintoxikation empfehlen sich auch Sauerstoffinhalationen. — Als Sedativa sind indiziert: *Natr. bromat.*, *Morph. mur.* (0.06—0.2) Medikamente, die in Deutschland prävalieren, während die Franzosen Chloral und Chloroform vorziehen. Die Tagesdosis von Chloral soll 10 g nicht übersteigen. Die konstante Chloroformnarkose ist zu verwerfen und soll eine Narkose nur dazu dienen, den Beginn eines Anfalles zu verhüten.

Die Geburtshelfer teilen sich in Bezug auf ihr Verhalten zum eklamptischen Anfalle in vier Lager: 1. in solche, die einen Eingriff vermeiden, 2. in die gemäßigt operativ Eingreifenden, 3. die resolut operativ Eingreifenden, 4. die Eklektiker. Vertreter der ersten Gruppe sei Charpentier; die Vertreter der zweiten Gruppe vermeiden die Anregung von Wehen, beschleunigen aber

die sich einleitende Geburt, oder führen sie zu Ende, sobald der Muttermund genügend erweitert ist. Die dritte Gruppe vertritt den Standpunkt, die Entbindung methodisch rasch zu Ende zu führen, ein Standpunkt, der sich, dank der Asepsis und der Verwendung der Chloroformnarkose, immer mehr Anhänger erwirbt, zumal Söhlein dabei 80%, Olshausen 85%, Dührssen 90% Heilungen erzielte. Was die methodische Beschleunigung anlangt, empfiehlt die eine Gruppe ihrer Anhänger blutige Operationen: sectio caesarea durch Laparatomie oder per vaginam, die andere Gruppe empfiehlt die Erweiterung des Muttermundes ohne Inzisionen durch den Kolpeurynter oder den Dilatator nach Bossi, während Autor die bimanuelle Erweiterungsmethode vorzieht: es wird zuerst der Zeigefinger der rechten Hand eingeführt, welchem der linke Zeigefinger nachfolgt, sukzessive werden immer mehr Finger eingeschoben, bis man soweit gelangt ist, acht Finger eingeführt zu haben. Es läßt sich so eine komplette Erweiterung in einigen Minuten bis etwa einer Stunde erzielen.

Die Methoden der methodischen Beschleunigung sind indiziert, wenn die medikamentöse Therapie versagt oder ein lebensreifes Kind in Lebensgefahr gerät. Scheint die Mutter verloren zu sein, so ist die Geburt, sei es durch sectio caesarea, sei es durch beschleunigte Entbindung (accouchement forcé nach Rizzoli) zu beenden.

Zum Schlusse macht der Autor darauf aufmerksam, daß alle Antiseptika, wie Sublimat und Karbolsäure, absolut von jeder Albuninurie und daher Eklampsie fernzuhalten sind; man ersetze sie durch Kal. hypermang. oder Wasserstoffsperoxyd. — Die Anlegung des Kindes an die Mutterbrust, einige Tage nach erreichter Heilung, ist nicht kontraindiziert. — (Nach einem Vortrage von E. Bonnaire, Le progrès médical, XVII, Nr. 22.)

Die Herzerkrankungen und ihre Behandlung am Meere.

H u c h a r d hat zuerst auf die günstige Beeinflussung kardiopathischer Zustände durch die See hingewiesen. Am Kongreß für Thalassotherapie in Biarritz hat Fiessinger über das Thema referiert: man müsse bei der maritimen Therapie zwei Elemente unterscheiden: die Seeluft und die Seebäder. Der Salzgehalt und die Reinheit der Luft wirken günstig, nur müssen windgeschützte Plätze mit mildem Klima aufgesucht werden. Die anregende Wirkung des Klimas werde vermehrt unter dem Einflusse von Seebädern, die lauwarm (34°—36°), in der Dauer von 10—15 Minuten

genommen, durch Erweiterung des peripheren Strombettes und Tonisierung des Herzmuskels die Kreislaufverhältnisse verbessern. Die exzitierten Formen, nervöser oder hysterischer Natur, eignen sich nicht für Seebehandlung. Die dyspeptischen Herzpatienten vertragen diese Therapie, wofern nicht ihr Nervensystem zu erschöpft oder übererregt ist. Patienten mit organischen Herzerkrankungen im Stadium der Kompensation sind, ebenfalls mit Ausnahme der nervösen Formen, der Therapie zugänglich. Gefäßerkrankungen, insbesondere die angiösen Formen, sind windempfindlich, leiden unter Kälte; wofern sie den Strapazen der Reise gewachsen sind, reagieren sie vortrefflich auf laue Seebäder. — (Journal des Praticiens. Bd. 17, Nr. 20.)

Goldchlorid und Natriumchlorid in der Syphillistherapie.

Rogalski verwendete folgende Lösung: Goldchlorid, NaCl aa 0·1, Aqu. destillat. 10·0, es wurde pro dosi nie mehr als 0·003 verwendet. Ein Fall von progressiver Paralyse zeigte nach Applikation der Goldchloridinjektionen durch drei Monate in der Dosis von 0·002—0·003 pro die entschiedene Besserung der Intelligenz; ein anderer Fall (Infektion vor acht Jahren) mit Gehstörungen und heftigen Cephalalgien wurde nach 20 Injektionen in Bezug auf die Gehstörung gebessert, in Bezug auf die Kopfschmerzen geheilt. Ein dritter Fall (lingua geographica) sei nach 24 Injektionen geheilt worden.

In der Diskussion erhofft Vidal von Aurum colloïdale (analog dem Arg. colloïdale) therapeutische Wirksamkeit. — (Le progrès médical XVII, Nr. 23.)

Ueber die physiologischen und therapeutischen Wirkungen eines aus der Milch gewonnenen Serums.

Blonde l experimentierte mit einem aus der Kuhmilch nach rapider Koagulation der Milch bei 38° C. mit Hilfe einer Säure. Neutralisation und nachheriger Filtration gewonnenen Serum und fand, daß: 1. die tägliche subkutane Injektion von 20 cm³ ohne Nebenerscheinungen einen Monat ausgeführt werden konnte bei vermehrtem Appetit unter Abnahme des Körpergewichtes und Steigerung der Ausscheidung von Harnstoff, Harnsäure und Phosphaten, 2. daß konstant der Blutdruck herabgesetzt wurde, 3. daß die fieberhaften Temperaturen, z. B. bei schweren puerperalen Infektionen, abfielen (von 40° C. auf 36·4). — Le progrès médical, Mai 1903, Verhandlungen d. Madrider Kongresses.)

Die Brustmilchernährung in ihren Beziehungen zu Erkrankungen der Amme.

Perret kommt auf Grund von 18 mitgeteilten Fällen zu dem Ergebnis, daß man die Ernährung an der Mutterbrust bei fieberhaften Erkrankungen nicht unterbrechen solle. Unter diesen sind 13 puerperale Infektionen, (eine Lymphangitis der Mamma), drei Anginen, ein Ikterus, eine Influenza. In dem schwersten Falle einer Frau, die neben belegten Geschwüren eine Mastitis, sowie eine Pleuritis überstand, hatte das dauernd an der Brust ernährte Kind eine Zunahme um 1275 g, also um 30 g durchschnittlich pro Tag erfahren. Unter solchen Umständen ist also auch bei fieberhaften Prozessen nicht abzusetzen; durch entsprechende Vorsichtsmaßnahmen ist die Uebertragung der lokalen Infektion auf das Kind zu verhüten. — (Perret, Le progrès médical, Mai 1903.)

Kleine Mitteilungen.

Zur Behandlung der Streptokokzien mit Antistreptokokkenserum. Von A. Hirsch. Auf Grund zahlreicher Beobachtungen von Scharlachfällen, welche mit Antistreptokokkenserum (Marmorek) behandelt wurden, kommt Hirsch zum Schlusse, daß schwere Scharlachfälle meist durch Streptokokkeninfektion bedingt sind. Sobald die Diagnose der Streptokokzie festgestellt ist, ist die pathogenetische Therapie mit einer entsprechenden Quantität von Antistreptokokkenserum einzuleiten. Unter allen bisher zur Verwendung gekommenen Antistreptokokkenserum ist das nach Marmoreks Prinzip im Pasteur'schen Institut hergestellte Serum allen anderen vorzuziehen. Die Injektion dieses Serums ist immer unschädlich. Falls im Verlauf von 12—24 Stunden nach der ersten Injektion von 10—20 cm³ kein deutlicher Heilerfolg zu konstatieren ist, müssen größere Dosen injiziert werden. Der Abfall der Körpertemperatur nach der ersten Injektion ist noch kein genügendes Kriterium für die Abnahme der Streptokokkenvergiftung, es muß besonders auch die Herztätigkeit, der Puls, die Respiration und das Allgemeinbefinden in Betracht gezogen werden, um ein Urteil über die genügende Wirkung der Mitiakdosis zu gewinnen.

Die Bedeutung des Heroins als Anaphrodisiakum hat Becker in einer Reihe von Fällen erprobt. Es müssen jedoch verhältnismäßig hohe Gaben 0·01—0·03 gegeben werden, da sonst der Effekt auf die Genitalorgane ausbleibt. Das Mittel ist indiziert

1. bei schmerzhaften Exrektionen im Verlaufe der Gonorrhöe — es verbindet die Erektionen, 2. bei krankhaft gesteigerter Geschlechtslust, 3. bei operativen Eingriffen am Gliede, um Erektionen zu verhüten, 4. bei allzuhäufigen Pollutionen. In allen Fällen längeren Heroingebraches tritt jedoch Gewöhnung ein, es muß dann das Mittel ausgesetzt werden, worauf es wieder seine frühere Wirksamkeit entfaltet. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1903.)

Neuere Arzneimittel und Rezeptformeln.

Eumydrin ist ein Atropinderivat, welches durch Umwandlung der tertiären Base des Atropins in eine quaternäre gewonnen wird. Das Atropin soll auf diese Weise seine Wirkungen auf das Zentralnervensystem vollständig verlieren, während die peripheren Wirkungen erhalten bleiben. Seine Giftigkeit soll fünfzigmal geringer sein, als die des Atropins. Es ist ein weißes geruchloses Pulver, welches in Wasser leicht löslich ist. Bei ein- und zweiprozentigen Lösungen beginnt die Mydriasis nach 10—25 Minuten und erreicht nach 50 Minuten ihren Höhepunkt, bei fünf- bis zehnprozentigen Lösungen entsprechend schneller. Intoxikationserscheinungen werden nicht beobachtet. — (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1903.)

Bei Bronchitis capillaris der Kinder:

Rp. Ammon. acet. 0·5
Syr. codeini 10·0
Tinct. aconiti 0·7
Emuls. oleos. 100·0

D. S. Stündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

Als appetitanregendes Mittel:

1. Rp. Tinct. nuc. vomic. 3·0
Tinct. calumb.
Tinct. coto
Tinct. gentian. } $\bar{a}\bar{a}$ 5·0
Tinct. chin. compos.
Tinct. absinth. compos.

D. S. Dreimal täglich zwanzig Tropfen vor den Mahlzeiten zu nehmen.

2. Rp. Mentholi 0·5
Tinct. valerian. aeth. } $\bar{a}\bar{a}$ 10·0
Tinct. carvi
D. S. Dreimal täglich fünfzehn Tropfen vor den Mahlzeiten zu nehmen.

3. Rp. Extr. solani panicul. fluid. } $\bar{a}\bar{a}$ 15·0
Extr. psidii pyrifera fluid.
D. S. Zweistündlich zehn Tropfen in Wasser zu nehmen.

Bei Acne rosacea:

Rp. Bismuth. carb. bas. 10·0
Talc. venet. 20·0
Aq. rosar. 65·0
Spirit. colon. 5·0

D. S. Den feuchten Bodensatz einpinseln.

41
86



3 2044 102 958 154