



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

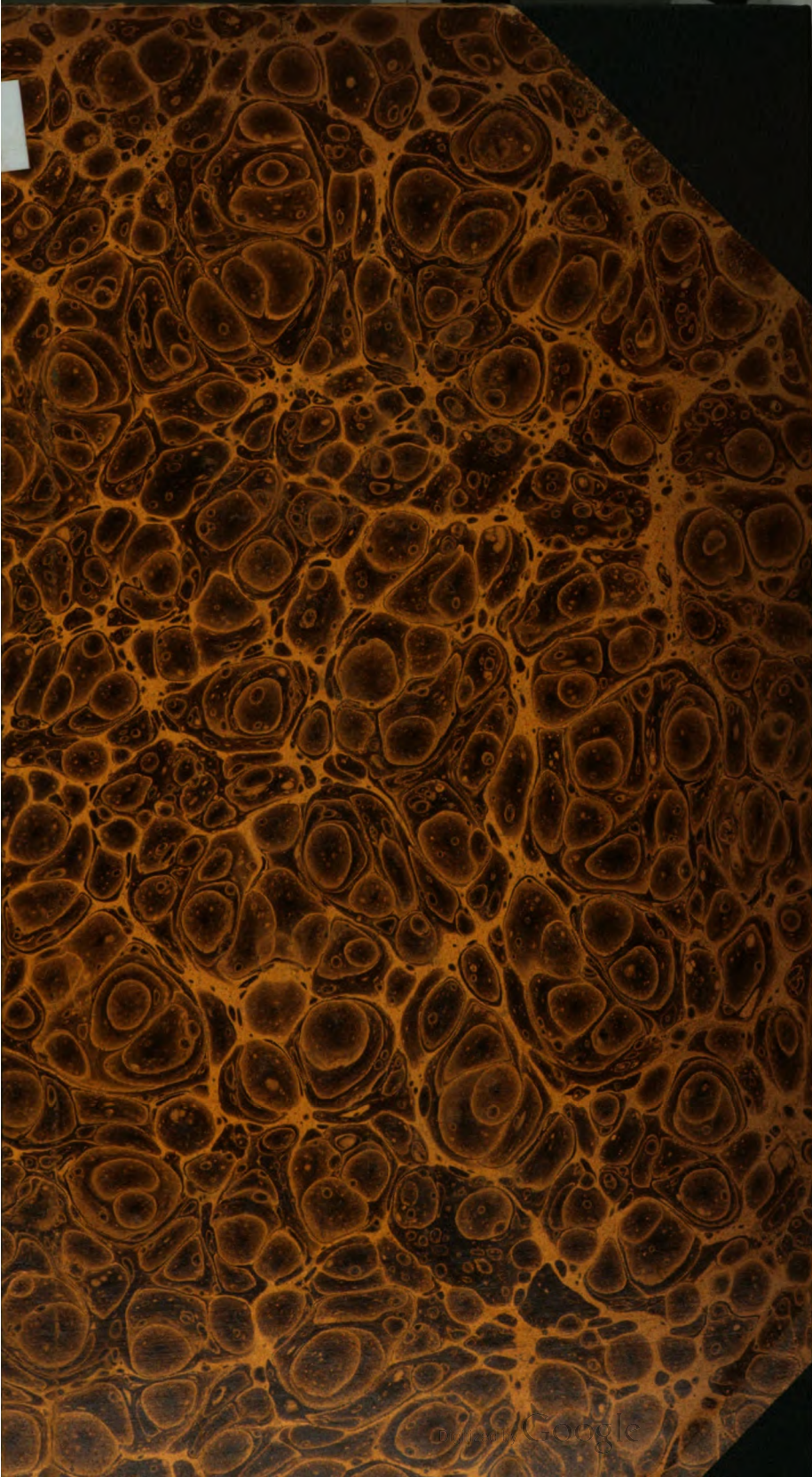
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. 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.





Der Kinder-Arzt.



Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter

Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger,

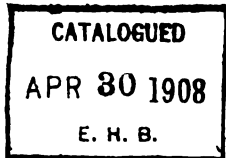
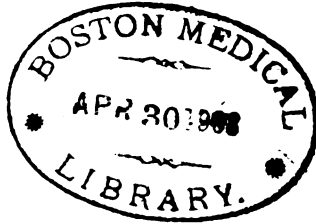
Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Worms.

XI. Jahrgang 1900.

Benno Koenig Verlag.

Leipzig.

1901.



10319

Register

zum Jahrgang XI des „Kinder-Arzt“.

Originalien.

- Bruck, Die nächtliche Fnurese und deren Behandlung. 34.
Esch, Ueber Dystrophia musculorum progressiva. 2, 25.
Feuchtwanger, Ueber Citrophen gegen Keuchhusten. 169.
Friedmann, Rachitol bei Rachitis. 200.
—, Die Anurie d. Neugeborenen. 228.
Fürst, Zur Frage des Leberthran-Ersatzes. 13.
Goliner, Ueber Tanocol, ein neues Darmadstringens. 102.
Hille, Zur Behandlung des Rhachitis im Anfangsstadium. 81.
Klages, Beitrag zur Lehre von der Schrumpfnieren im Kindesalter. 193, 219.
Köppen, Ueber Verstopfung durch risigen After im Säuglingsalter. 49.
—, Sana als Ersatz für Leberthran. 202.
Schmey, Ein interessanter Fall von fötaler Rhachitis. 53.
Schröder, Ueber neue Medikamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberkulose. 99.
Selter, Originalbericht über die Verhandlungen der Ges. f. Kinderheilkunde der 72. Vers. deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen. 241, 265.
Sonnenberger, Originalbericht über d. XVIII. Kongress für innere Medicin. 125, 145.
—, Bericht über den 29. Kongress der deutschen Ges. f. Chirurgie. 131.
Spiegelberg, Ein Bild zur Pflege der Neugeborenen u. Säuglinge um das 15. Jahrhundert. 11.
—, Zur Neugeborenenpflege vor 200 Jahren. 97.
Tripke, Ueber eine neue Kinderseuche in Coblenz u. Umgebung. 73.
—, Oster'sches Kinderpulvor, ein neues Kindernahrungsmittel. 121.

Referate.

- Aleksejew, Pathologie der Bronchialdrüsen im Kindesalter. 230.
Ammon v., Augeneiterung der Neugeborenen. 86.
Angerer v., Chirurgische Behandlung d. Unterleibscontusionen. 133.
Anschütz, Angeborene Blasenspalte. 133.
Arslan, Adenoide Vegetationen. 204.
Backhaus, Forschungen über Milchgewinnung. 270.
Bacon, Thrombose d. Sinus sigmoideus. 152.
Baron, Pädiatrisches a. d. Festschrift d. Stadtkrankenhauses zu Dresden. 63.
—, Bewegliche Nieren bei Kindern. 65.
Ballantyne, Antenatale Therapie. 59.
Bardet u. Blondel, Orthoform. 112.
Bendix, Ernährungsphysiologie d. Säuglings. 283.
Berberich, Erythema infectiosum acutum. 136.
Berger, Zahncaries bei Kindern. 182.
Bergel, Argentamin. 232.
Bergmann v., Operationen bei Volvulus, Ileus und Pylorusstenose. 133.
Bertheraud, Diagnose der Lungentuberkulose. 174.
Bessel-Hagen, Extirpation d. Milz. 133.
Bickel, Krampferregende Wirkung der Galle. 149.
Biedert, Diätetische Behandlung d. Verdauungsstörungen im Kindesalter. 40.
—, Versuchsanstalt f. Ernährung. 269.
Blakely, Akute Otitis bei Scharlach u. Masern. 151.
Bloch, Pemphigus acutus malignus neonatorum. 90.
Bogoras, Zuckerkrankheit im Kindesalter. 43.
Bökay, Harnröhrendivertikel b. Knaben. 181.
Bonnaire, Parotitis. 231.

- Bornstein, Hebung des Einweissbestandes. 146.
 Breton, Fall von Appendicitis. 179.
 Bruck, Behandlung der Ozaena mittels der permanenten Tamponade. 89.
 Bunge, Gangrän der untern Extremitäten. 134.
 Camerer jun., Chem. Analysen v. Säuglingen. 267.
 Cassel, Bauchfelltuberkulose b. Kindern. 249.
 Cerf, Vericellen. 275.
 Cima, Smegmabacillus bei Säuglingsotitis. 153.
 Cohn, Tannin- u. Silberpräparate beim Darmkatarrh d. Kinder. 282.
 Comby, Abführmittel bei Kindern. 59.
 —, Uricämie bei Kindern. 254.
 Concetti, Eclampsie, Tetanie u. Polio-
 —, myeleucephalitis d. Kinder. 207.
 Conrads, Unfähigkeit der Mütter zum Stillen. 271.
 Coston, Fall v. Nasenpolyp von ungewöhnlicher Grösse. 171.
 Cramer, Nahrungsaufnahme der Neugeborenen. 137.
 Czerny, Kräftige Kost. 108.
 —, Inoperable Carcinome. 131.
 Delcourt, Fall v. Gelenkrheumatismus bei Kindern. 256.
 Dörfler, Chronische Obstipation im Kindesalter. 107.
 Eiselsberg v., Implantierte 2. Zehe an Stelle des verloren gegangenen Zeigefingers. 132.
 Epstein, Kufeke's Kindermehl 181.
 Escat, Intubation. 20.
 Falkenheim, Familiäre amaurotische Idiotie. 244.
 Feer, Prophylaxe der Tuberculose im Kindesalter. 246.
 Ferrien, Leberveränderungen bei Gastroenteritis. 160.
 Fischbein, Stimmritzenkrampf. 243.
 Fischl, Anginen im Kindesalter. 18.
 Förster, Chronischer Alkoholismus im Kindesalter. 65.
 —, Diphtheriestatistik. 65.
 —, Incubationszeit von Diphtherie, Scharlach, Masern und Varicellen. 65.
 Fothergill, Behandlung d. infantilen Diarrhöe mit Salol und Petroleum. 179.
 Fränkel A., Radikaloperation d. Leistenbrüche von Säuglingen. 46.
 — B., Uebler Geruch aus dem Munde. 204.
 Freund, Sterblichkeit hereditär-luetischer Säuglinge. 278.
 Friedjung, Phthisis renum. 108.
 Frieser, Eulactol. 110.
 —, Houthin. 210.
 Fruitnight, Otitis der Exantheme. 150.
 Fürst, Nahrungsmittel-Industrie. 209.
 —, Anämie im Kindesalter. 255.
 Gallois, Scrophulose. 229.
 Garbini, Tuberkulose des Mittelohres. 205.
 Gerhardi, Physiologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene. 241.
 Goldmann, Haematogenum siccum Schneider (Sicco). 113.
 —, Behandlung der Krankheiten d. Luftwege mit Pertussin Taeschner. 138.
 Gradenigo, Otitische Leptomeningitis 151.
 Gruber, Fall v. Dehiscenz des knöchernen äusseren Gehörgangs. 205.
 Gumprecht, Ein neuer Bestandteil der normalen Spinalflüssigkeit. 148.
 Guttman, Starke Sublimatlösungen in d. Augentherapie. 61.
 Hänel, Nephritis bei Varicellen. 248.
 Halasz, Trepanation d. Warzenfortsatzes. 204.
 Hallé, Gonorrhoeische Arthritis beim Kinde. 162.
 Hasslauer, Durch Unterkieferläsionen verursachte Gehörgangsverletzungen. 203.
 Havemann, Entfernung v. Bohne a. d. rechten Bronchus. 172.
 Hermann, Resaldol. 139.
 Hertoghe, Myxödema frustum. 19.
 Heubner, Säuglingsatrophie. 244.
 —, Rückenmarkstumor. 265.
 Hilbert, Ueber das constante Vorkommen von Streptococcen in gesunden Tonsillen u. ihre Bedeutung f. d. Aetiologie der Angina. 85.
 His, Kobert, Eichengrün u. Kaiser, Aerztl. Gutachten über neu erfundene Arzneimittel. 267.
 Hochsinger, Myotonie und Tetanie d. Säuglinge. 105.
 —, Hereditär-syphilitische Phalangitis d. Säuglinge. 245.
 Höfler, Milchdiät. 43.
 Hoffa, Operation des Klumpfußes. 61.
 —, Operative Behandlung d. Caput obstipum. 134.
 —, Behandlung d. Spondylitis. 234.
 Hoffmann A., Paroxysmale Tachycardie. 129.
 Hopmann, Beitrag zur Operation der Schädelfibrome. 171.
 Hoppe, Mumps 57.
 Jablucow, Lungenchirurgie b. Kindern. 257.
 Jemma, Pathogene Wirkung der proteolytischen Bakterien. 176.
 Johannessen, Hypertrophische Dilatation d. Dickdarms. 178.
 Israel, Ueber Operationen bei Nieren- u. Ureterensteinen. 182.
 Jusset, Bäderbehandlung bei Typhus. 135.

- Kassowitz, Phosphor bei Rhachitis. 111.
Keller, Nahrungspausen bei d. Säuglingsernährung. 177.
Kiralýi, Balneo- und Hydrotherapie im Kindesalter. 155.
Klein, Die Eisenomatose nebst einigen Bemerkungen über Anämia infantum pseudoleucämica. 45.
Klemperer, Ozaena. 282.
König, Gelenkoperationen. 132.
Königschmied, Alsol. 111.
Körner, Intracraniale Complicationen bei Ohereiterungen. 154.
Kohts, Lumbalpunktion bei Kindern. 257.
Kojukoff, Varicella gangränosa. 56.
Kormann, Sanitätsstationen in Schulen. 242.
Korányi v., Pneumonie. 125.
Kraus, Züchtung d. Typhusbacillus. 149.
Krause, Operation d. nach gangränösen Hernien zurückbleibenden künstlichen Afters. 134.
Krauss, Epicarin. 210.
Krönlein, Operative Behandlung d. Darmcarcinome. 131.
Kümmel, Methoden zur Feststellung der Funktionsfähigkeit d. Nieren. 133.
Labbé, Soor. 84.
Lange, Osteosathyrosis. 208.
Lenné Eiweisszufuhr bei Diabetes. 148.
Lermoyez, Eczem des Ohres. 206.
Leutert, Komplikation von Otitis media. 203.
Lewis, Mastoiditis. 153.
Lexer, Teratome d. Bauchhöhle. 134.
Lippmann, Rückfälle. 175.
Litten, Endocarditis. 127.
Löhnberg, Fall v. Stichverletzung des Ohres. 206.
Lucae, Fall v. profusem Ausfluss v. Liquor cerebrospinalis. 151.
Luciani, Itrol bei Conjunctivitis blennorrhoeica. 279.
Manasse, Fall von Epistaxis durch e. Blutegel. 171.
Mardoen, Diphtherie-Immunität nach Diphtherieheilserum. 173.
Marton, Akuter Retropharyngealabscess. 87.
Mayer W., Heilserum u. Tracheotomie. 46.
Michaëlis, Sauerstofftherapie. 149.
Mabu, Stenose des äusseren Gehörgangs. 206.
Monti, Tuberkulose. 38.
Most, Topographische Verhältnisse d. hinter dem Nasenrachenraum gelegenen Lymphdrüsen. 135.
Muck, Mastoiditis. 203, 204.
Müller, Entstehung d. Lungenentzündungen. 146.
Netter, Otiatrisches Sammelreferat, 150, 203.
—, Rhino-laryngologisches Sammelreferat, 170.
Neumann, Dilatative Herzschwäche. 280.
Neusser, Maltafieber. 129.
Nobécourt, Ausscheidung von Zucker durch den Urin des Kindes. 180.
Nové-Josserand u. Brisson, Hochstand d. Schulterblattes. 161.
Onodi, Lipom d. Mandel. 171.
Oppenheimer, Beitrag zur künstl. Säuglingsernährung. 270.
Payr, Blutgefäss- u. Nerven-naht. 135.
Pel, Pneumonie. 126.
Peltetsohn, Rhinitis fibrinosa. 251.
Petit, Nitras argenti bei Darmtuberkulose. 249.
Piaget, Schwere Blutung nach Operation v. adenoiden Vegetationen. 171.
Pfeffenberger, Epicarin. 158.
Pöhl, Organotherapie bei Autointoxikationen. 147.
Pölchen, Operation der traumatischen Epilepsie. 134.
Ponfick, Die Beziehungen zwischen Scrophulose u. Tuberculose. 245.
Preisich, Occipitalmeningocele. 62.
Ranke v., Nomatöser Brand. 266.
Rende, Alkoholismus mit besonderer Rücksicht auf das kindliche Nervensystem 89.
Rey, Contraindication d. Phimosenoperation 267.
—, Die Kinderheilkunde als Specialität. 273.
Riegler, Behandlung d. Rachendiphtherie mit Jodsäure und Wasserstoffsperoxyd. 17.
Riese, Trombophlebitis d. Sinus cavernosus u. transversus. 134.
Roche, Einfache Behandlung d. Epistaxis. 179.
Roglet, Kernig'sches Symptom bei Meningitis. 250.
Rolly, Masern. 39.
Rubner u. Heubner, Künstliche Ernährung e. Säuglings. 91.
Rumpf, Behandlung d. nervösen oder funktionellen Herz- u. Gefässstörungen. 58.
Sargnon, Intubation u. Tracheotomie ausserhalb d. Croup. 155.
Sarwey, Händedesinfection vor chirurgischen Eingriffen. 134.
Schiff, Hämatologie d. Neugeborenen. 184.
Schmalz, Chronische Herzstörungen nach Diphtherie. 64.
Schmid-Monnard, Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern. 242.
Schmidt Ad., Rötheln- u. Erythemepidemien. 17.
—, Sauger. 270.

Schmorl, Pathologische Anatomie des Morbus Barlow. 66.
 Schöngut, Fall von geheilter Stirnsinns-
 thrombose. 152.
 Schott, Influenza u. chronische Herz-
 krankheiten. 130.
 Schraga, Sinusphlebitis. 153.
 Schwarz, Acetonausscheidung. 149.
 Seiffert, Serumexantheme. 272.
 Selter, Fleischzerkleinerungsapparat. 267.
 —, Perityphlitis. 274.
 Siegert, Infantile myxödematöse Idiotie.
 271.
 Sonnenberger, Aetiologie u. Pathoge-
 nese d. akuten Verdauungsstörungen im
 Säuglingsalter. 145.
 Sorgente, Bösartige Nierengeschwülste
 im Kindesalter. 207.
 Still, Pavor diurnus. 139.
 Strauss, Klystiere u. Suppositorien v.
 Heidelbeerextract zur Behandlung col-
 itischer Prozesse. 106.
 —, Zur Funktion d. Magens. 148.
 Stubenrauch v., Veränderung d. wachsen-
 den Knochens durch Phosphor. 132.
 Stucky, Entfernung v. Mandel u. ade-
 noiden Vegetationen mit tödlichem Aus-
 gang. 171.
 Swarzensky, Funktionelle Herzgeräusche
 im Kindesalter. 176.
 Tansley, Acute Otitis u. Mastoiditis.
 151.
 Terrien, Peritonitis tuberculosa. 277.
 Thiemich, Imbecillität im Kindesalter.
 87.
 Troussand, Enterocolitis mucomembra-
 nosa. 281.
 Ungar, Chronische Peritonitis und peri-
 toneale Tuberkulose. 266.
 Unruh, Gleichzeitiges Erkranken an
 Scharlach u. Masern. 63.
 Vacher, Syphilis nasalis. 170.
 Vierordt, Cyanose. 130.
 Vidal, Behandlung der Chorea mit In-
 jection v. Pferdeblutserum. 231.
 Wagenhäuser, Taubheit bei e. Osteo-
 myelitis. 173.
 Wassermann, Neue Versuche auf d.
 Gebiet d. Serumtherapie. 149.
 Weil u. Lesieur, Exanthematische Form
 d. Kindertyphus. 162.
 Weinberger, Scoliose. 158.
 Weintraud, Abbau d. Nucleins. 148.
 Wenckebach, Arythmie des Herzens
 129.
 Whitney, Periodisches Erbrechen bei
 Kindern. 41.
 Wickel, Fall von Friedreich'scher Krank-
 heit. 159.
 Young, Otitische Sinusthrombose. 152.
 Zabudowsky v., Erkrankungen d. Hände
 bei Klavierspielern. 135.

Zuppinger, Darmkrebs im Kindesalter
 206.
 Zur-Mühlen v., Fall v. Labyrinthne-
 krose. 154.
 Zweifel, Rhachitis. 252.

Gesundheitspflege.

Baur, Körperliche und geistige Früh- u.
 Spätentwicklung. 67.
 Biedert, Versuchsanstalt f. Ernährung.
 284.
 Bion, Ferienkolonien. 164.
 Boysen, Die Gefahr der Verbreitung der
 Tuberkulose durch die Kuhmilch. 185.
 —, Entwurf eines Reichsgesetzes betr. Ab-
 wehr und Unterdrückung der Euter-
 tuberkulose d. Kühe. 186.
 Concornetti Frl., Die Häufigkeit der
 pathogenen Microorganismen in der Luft.
 47.
 Frankenburger, Obligatorische u. fakul-
 tative Jugendspiele. 234.
 Geiser, Die Konstruktion von Böden,
 Wänden u. Decken in Schulhäusern u.
 Turnhallen. 164.
 Girard, Die Verwahrlosung vom medi-
 zinschen Standpunkt aus. 164.
 Kirchner, Die erforderliche Vorbildung
 der Schulärzte. 114.
 Kobert, Ansteckungsgefahr im Eisen-
 bahnwagen. 21.
 Kühnau, Die Verbreitung der Tuberku-
 lose unter dem Rindvieh. 186.
 Reissig, Schulärzte und Curpfuscherei.
 114.
 Röse, Leitsätze zur Zahn- und Mund-
 pflege. 211.
 Schmid-Monnard, Die Ursachen der
 Minderbegabung von Schulkindern. 258.
 Schulärztliches. 114.
 Schuschny, Die geistige Ermüdung
 kleiner Schulkinder. 185.
 Waldeyer, Die hygienischen Maassregeln
 des Landwirts zur Bekämpfung der
 Rindertuberkulose. 186.
 Weigmann, Die Gefahr der Uebertrag-
 ung der Tuberkulose durch Milch und
 Milchprodukte. 186.
 Werder, Hygienische Anforderungen an
 den Stundenplan. 164.
 Zülch, Die Notwendigkeit einer besseren
 Fusspflege u. Fussbekleidung. 140.

Rezensionen.

Abeles, Die laryngo- u. rhinologischen
 Untersuchungsmethoden. 259.
 Adler u. Kronfeld, Medizinische Chro-
 nik des 19. Jahrhunderts. 236.
 Beier, Die Untersuchung des Harns u.
 sein Verhalten bei Krankheiten. 141.
 Bernheim, La médication ergotée. 261.

- Biedert, Die Kinderernährung im Säuglingsalter. 4. Aufl. 286.
- Blenke, Ueber othopädische Apparate. 166.
- Brandt, Klinik d. Krankheiten d. Mundhöhle, Kiefer und Nase. Heft 1. Defekte u. Phosphornekrose. 68. Heft 2. Empyeme u. Cysten. 94.
- Carossa, Zur Lösung des Problems der Heilbarkeit d. Lungentuberkulose. 69.
- Eitelberg, Praktische Ohrenheilkunde. 47.
- Fischer, Das 1. Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen. 70.
- Fischl, Die Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters. 213.
- Flamm, Die Entwicklung und Geburt des Menschen. 2. Aufl. 115.
- Friedmann, Die Pflege u. Ernährung des Säuglings. 236.
- Fuchs, Die Prophylaxe in der Psychiatrie. 187.
- Goldschmidt, Zur Geschichte der Prophylaxe. 211.
- Herzfeld, Hilfs- und Taschenbuch für Vertrauensärzte, 2. Aufl. 48.
- Jessner, Compendium d. Hautkrankheiten. 286.
- Liebmann, Vorlesungen über Sprachstörungen, Heft 4: Poltern. 116.
- Liebreich, Mendelsohn und Würzburg, Encyclopädie der Therapie, 3. (Schluss)-Band. 213.
- Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen, Heft 6—9. 22.
- Nägeli, Nervenleiden u. Nervenschmerzen, ihre Behandlung u. Heilung durch Handgriffe. 2. Aufl. 48.
- Neumann, Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten, 2. Aufl. 236.
- Ortner, Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten, 2. Aufl. 115.
- Pfeiffer A., 16. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. 213.
- , L., Taschenbuch der Krankenpflege. 260.
- Röse, Anleitung zur Zahn- und Mundpflege. 237.
- Rothe, Erlebtes u. Erstrebtes. 70.
- Sachs, Die Kohlenoxyd-Vergiftung. 188.
- Schäffer, Atlas u. Grundriss des Lehre vom Geburtsakt u. der operativen Geburtshilfe. 115.
- Schönenberger, Wegweiser zur Ausführung ärztlicher Kurvorschriften, 2. Aufl. 166.
- Seifert, Gerhards, Lehrbuch d. Kinderkrankheiten, 2. Bd. 5. Aufl. 250.
- Seyler, Kinderhygiene vom medizinisch-pädagogischen Standpunkt. 164.
- Sternfeld, Die frühzeitige Extraction des 6jähr. Molaren. 165.
- Zuckerkindl, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen, Heft 1: Kopf und Hals. 212.

Sach-Register.

A.

Abführmittel bei Kindern. 59.
Acetonausscheidung. 14.
Acne. 143.
Adenoide Vegetationen. 171, 204.
After, künstlicher. 134.
Alkoholismus im Kindesalter. 65, 89.
Alsol. 111.
Anämie im Kindesalter. 255.
Anämia infantum pseudoleucämica. 45.
Anatomie, topographische, Atlas ders. 212.
Angina. 18, 85, 191.
Ansteckungsgefahr im Eisenbahnwagen. 21.
Antenatale Therapie. 59.
Antirheumaticum. 240.
Antitussin. 262.
Anurie bei Neugeborenen. 228.
Appendicitis 179.
Argentamin. 232.
Arteriendruck im Kindesalter. 141.
Arthritis blennorrhoeica. 23, 162, 191.
Arzneimittel, neu erfundene, Erteilung v. ärztl. Gutachten über dies. 267.
Arthrodese bei Schlottergelenken. 239.
Arythmie d. Herzens. 129.
Atrophie d. Säuglinge. 244.
Augenerweiterung d. Neugeborenen. 86, 118, 190, 279.
Augensalbe. 23.
Augentherapie, starke Sublimatlösungen in ders. 61.
Autointoxikationen. 147.

B.

Bacillen, säureliebende im Säuglingsstuhl. 143.
Bacillen, säurebeständige bei Säuglingsotitis. 153.
Bakterien, Ausscheidung ders. durch Milch. 119.
Baden Neugeborener. 238
Balanitis. 143.
Balneo- u. Hydrotherapie im Kindesalter. 135.
Barlow'sche Krankheit. 66.
Bauchhöhle, Teratome ders. 134.

Blasenspalte, angeborene. 133.
Blepharitis chronica. 143.
Blutgefäß- u. Nervennaht. 135.
Böden, Wände, Decke, Konstruktion ders in Schulhäusern. 163.
Bohne, Entfernung einer B. aus d. Bronchus. 173.
Bronchialdrüsen, Pathologie ders. im Kindesalter. 230.
Bronchialerweiterungen- u. Höhlen. 262.

C.

Caput obstipum. 134.
Carboformal-Glühblocks. 216.
Carcinom. 131, 206.
Caseinfermente. 167.
Cholelithiasis. 183.
Chorea 231.
Chronik, medizinische des 19. Jahrhunderts. 236.
Citrophen. 196.
Conjunctivitis blennorrhoeica. 86, 118, 190, 279.
Congress, 18. f. innere Medizin. 72.
Combustio. 216.
Coxa vara. 190.
Cyanose. 130.
Cystitis. 240.

D.

Darmcarcinom. 131, 206.
Darmcatarrh. 232.
Darmtuberculose. 249.
Dermatitis exfoliativa. 288.
— — gangränosa infantum. 141.
Desinfektion der Hände. 134.
— — Wohnungen. 216.
Diabetes mellitus. 43, 148.
Diarrhoe. 71, 179.
Dickdarm, Dilatationen dess. 178.
Dilatationen, hypertrophische des Dickdarms. 178.
Diphtherie. 17, 22, 46, 64, 65, 142, 173, 191, 215.
Diphtherieheilserum. 22, 46, 48, 173.
Dystrophia musculorum progressiva. 2, 25.

E.

- Eclampsie bei Kindern. 207, 240.
 Eisensomatose. 45.
 Eiweissbestand im Organismus, Methoden zur Hebung dess. 146.
 Eiweisszufuhr in der Diabetikerdiät. 148.
 Ekzem. 23, 24, 96, 119, 143, 206, 216.
 Endocarditis. 127.
 Enteritis. 168, 216.
 Enterocolitis mucco-membranosa 281.
 Entwicklung, zu frühzeitige u. späte körperliche u. geistige. 67.
 Enuresis nocturna. 34.
 Epicarin. 158, 210.
 Epilepsie. 96, 134.
 Epistaxis. 171, 173.
 Erbrechen, periodisches. 41.
 Ergotin. 261.
 Erlebtes u. Erstrebtes. 70.
 Ernährung, Versuchsanstalt für. 269, 284.
 — physiologie des Säuglings. 283.
 Erstes Lebensjahr in gesunden u. kranken Tagen. 70.
 Erysipel. 24.
 Erythema infectiosum. 17, 73, 136.
 Eselsmilch. 215.
 Eulactol. 24, 110.
 Extractum Chinae Nanning. 264.

F.

- Farbensinn, feiner, Tafelchen zur Prüfung dess. 72.
 Ferienkolonien. 163.
 Ferrum oxydatum lacte saccharatum „Hübeler“. 189.
 Fibrome d. Schädelbasis. 171.
 Fleischzerkleinerungsapparat. 267.
 Friedreich'sche Krankheit. 158.
 Fusspflege u. Fussbekleidung. 140.

G.

- Galle u. gallensaure Salze, krampferregende Wirkung ders. 149.
 Gangrän d. unteren Extremitäten. 135.
 Gastroenteritis. 145, 160, 216.
 Geburtsakt u. Geburtshilfe, Atlas u. Grundriss ders. 115.
 Gehörgäng, Verletzungen dess. 203.
 —, äusserer, Stenose dess. 206.
 —, äusserer knöcherner, Dehiscenz dess. 205.
 Gelenkoperationen, Wandlungen in der chirurgischen Technik ders. 132.
 — rheumatismus. 256.
 Geruch, übler aus dem Munde. 204.
 Gesellschaft, deutsche für Kinderheilkunde, Bericht über die Verhandlungen ders. in Aachen. 192, 241.

H.

- Hæmatogenum siccum Schneider(Sicco) 113.

- Hämätologie der Neugeborenen. 184
 Haematurie 263
 Haemorrhoidalknoten 145. 168.
 Hände, Erkrankungen d. H. u. Finger bei Klavierspielern. 135.
 — desinfection 134.
 Harn, Untersuchung dess. 140.
 — röhrendivertikel. 181.
 — saure Diathese. 168.
 Hautkrankheiten, Compendium der. 286.
 Heidelbeerextract, Klystiere u. Suppositorien von: 106.
 Heredität bei Krankheiten. 363.
 Hernia inguinalis. 46. 118.
 — gangränosa. 134.
 — umbilicalis. 192.
 Herz-Arhythmie. 129.
 — Geräusche. 176.
 — krankheiten u. Influenza. 130.
 — u. Gefässstörungen, nervöse oder funktionelle. 58.
 — schwäche, dilatative. 280.
 — störungen, chronische nach Diphtherie. 64.
 Houthin. 210.
 Hydrocephalus. 264.
 Hydromise. 71.
 Hygiene, 16. Jahresbericht über die Fortschritte u. Leistungen ders. 213.

I. J.

- Ichthoform. 142.
 Idiotie, familiäre amaurotische. 244.
 —, infantile myxödematöse. 271.
 Ileus. 133.
 Imbecillität im frühen Kindesalter. 87.
 Impffolgen, unangenehme, Verhütung ders. 189.
 — necessaire. 168.
 Influenza. 116, 130.
 Incubationszeiten. 65.
 Intertrigo. 96, 143.
 Intubation. 20, 155.
 Itrol. 279.
 Jahresbericht, Merck'scher f. 1899. 96.
 Jodsäure, Behandlung der Diphtherie mit ders. 17.
 Jucken. 119.
 Jugendspiele. 235.

K.

- Kehlkopf, Anatomie d. kindlichen. 22.
 Kephir-Pastillen. 120.
 Kernig'sches Symptom bei Meningitis. 250.
 Keuchhusten. 138. 167, 169, 216, 262, 263, 287.
 Kinderernährung im Säuglingsalter. 286.
 — heilkunde in Einzeldarstellungen. 22.
 — als Specialität. 273.
 — hygiene vom medizinisch-pädagogischen Standpunkte aus. 164.
 — krankheiten, Behandlung ders. 236.

- —, Lehrbuch ders. 259.
- lähmung, essentielle. 239.
- pulver, Ostersches. 121.
- seuche, eine neue. 73.
- Klumpfuß. 61.
- Knochen, Veränderungen des wachsenden
 K. unter d. Einfluss v. Phosphor. 132.
- plastik. 132.
- Kohlenoxydvergiftung. 188.
- Kongress f. innere Medizin. 18. 125, 145.
- Koplik'sches Frühsymptom bei Masern.
 95.
- Kost, kräftige. 108.
- Krankenpflege, Taschenbuch ders. 260.
- Kufeke's Kindermehl. 181.

L.

- Labyrinthekrose. 154.
- Laryngo- u. rhinologische Untersuchungs-
 Methoden. 259.
- Leber, Veränderungen ders. bei Gastro-
 enteritis d. Säuglinge. 163.
- thran-Ersatz. 13, 202.
- — -Injektionen bei Tuberkulose. 215.
- Leistenbruch, 46, 118.
- Leptomeningitis. 151.
- Lipom d. Mandeln. 171.
- Liquor cerebrospinalis, Ausfluss dess. 151.
- Lues. 143, 170, 240, 245, 278.
- Luft, Häufigkeit d. pathogenen Mikroor-
 ganismen in ders. 47.
- Lumbalpunktion. 62, 257.
- Lungenchirurgie bei Kindern. 257.
- Lymphdrüsen, topographische Verhältnisse
 d. hinter dem Rachen- u. Nasenrachen-
 rachenraum gelegenen L. 135.
- Lymphdrüsentuberkulose. 117.

M.

- Magen, zur Funktion dess. 148.
- darmchirurgie. 133.
- Malaria. 96.
- Maltafieber. 129.
- Mastoiditis. 23, 153, 203, 204.
- Mekoniumpfropf d. Neugeborenen. 192.
- Melaena neonatorum. 71.
- Meningitis. 250.
- Meningocele occipitalis. 62.
- Mensch, Entwicklung u. Geburt dess.. 115.
- Milch. 117, 119, 185, 215.
- diät. 43.
- gewinnung, Forschungen über. 270.
- Milz. Exstirpation ders. 133.
- Minderbegabung v. Schulkindern. 242, 258.
- Molar, 6jähriger, die sog. frühzeitige
 Extraktion dess. 165.
- Molkeeiwesen u. Säuglings-Ernährung,
 die neueren Phasen ders. 72.
- Morbilli. 39, 63, 65, 95.
- Mund- u. Zahnpflege. 211, 237.
- höhle, Kiefer u. Nase, Klinik d. Krank-
 heiten ders. 65, 94.

- spülung. 167, 240.
- Mumps. 57, 231.
- Myotonie u. Tetanie der Säuglinge. 105.
- Myxödem. 19, 271.

N.

- Nabelbruch. 192.
- Nahrungsmittel-Industrie. 209.
- Naevi. 167.
- Nahrungsmittel, das Bedürfnis größerer
 Sauberkeit im Kleinvertrieb ders. 144.
- Nasenpolyp. 171.
- Nephritis. 193, 215, 217, 248.
- Nervenleiden u. -Schmerzen, Behandlung
 ders. durch Handgriffe. 48.
- naht. 135.
- Neugeborene, Anurie bei dens. 228.
- , Baden ders. 238.
- , Nahrungsaufnahme ders. 137.
- u. Säuglinge, Pflege ders. um das 15.
 Jahrhundert. 11.
- , Pflege ders. vor 200 Jahren. 97.
- Neutralnahrung, Liebe's. 120.
- Nieren, bewegliche bei Kindern. 65.
- , Methoden zur Funktionsprüfung ders.
 133.
- u. Ureterensteine, Operationen bei
 dens. 132.
- geschwülste, bösartige im Kindesalter.
 207.
- Nomatöser Brand. 236.
- Notizbuch, Wellcomes medizinisches. 48.
- Nuclein, Abbau dess. im Stoffwechsel. 148.

O.

- Obstipation, chronische. 107.
- durch rissigen After. 49.
- Ohr, Ekzem dess. 206.
- , Stichverletzung dess. 206.
- , enheilkunde, praktische. 47.
- Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. 86,
 118, 190.
- Opiumvergiftung eines atrophischen Kindes.
 117.
- Organotherapie bei Autointoxikationen.
 147.
- Orthoform. 112.
- Orthopädische Apparate. 166.
- Osteopsathyrosis. 208.
- Oster'sches Kinderpulver. 121.
- Otiatisches Sammelreferat. 150, 203.
- Otitis media. 96, 150, 151, 152, 154, 203.
- Ozaena. 39, 282.

P.

- Pädiatrisches aus der Festschrift des Dres-
 ener Stadtkrankenhauses. 63.
- Papulae capitis et faciei. 143.
- Parotitis. 57, 231.
- Pausen in der Säuglingsernährung. 177.
- Pavor diurnus. 139.
- Pediculi capitis. 119.

Pemphigus acutus malignus. 90, 288.
Perityphlitis. 274.
Peritonitis chron. 266, 267.
Perniones. 24.
Pertussin Täschner. 138.
Pertussis. 158, 167, 169, 216, 262, 263, 287.
Petroleum bei Diarrhoe. 179.
Phalangitis, hereditär-syphilitische d. Säuglinge. 245.
Phimosenoperation, Contraindikation ders. 267.
Phosphor bei Rhachitis. 111.
— sein Einfluss auf den wachsenden Knochen. 132.
Phthisis renum. 108.
Pneumonie. 125, 126, 146.
Poliomyelencephalitis. 207.
Prophylaxe, Geschichte ders. 211.
— d. Krankheiten des Kindesalters. 213.
Protargol bei Blennorrhoea neonatorum. 118.
Proteolytische Bacterien. 176.
Prurigo. 119.
Psychiatrie, Prophylaxe in ders. 187.
Psychologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene. 241.
Pulverstreuer. 24.
Pylorusstenose. 133.

Q.

Quecksilber, Ausscheidung dess. durch die Frauenmilch. 117.
— Resorbinsalben. 264.

R.

Rachitol. 200.
Resaldol. 139.
Resorcin. 143.
Retropharyngealabscess. 87, 288.
Rhachitis. 53, 70, 81, 111, 158, 200, 203, 252.
Rhagaden. 143.
— des Anus, Verstopfung durch dies. 49.
Rheumatismus articulorum. 256.
Rhinitis. 116, 251.
Rhino-Laryngologischer Sammelreferat. 170.
Rötheln- u. Erythemepidemien. 17.
Rubeolae. 17.
Rückfälle. 175.
Rückenmarkstumor. 265.

S.

Säugling, Pflege u. Ernährung dess. 236.
— Analysen. 267.
Säuglings-Atrophie. 244.
— Ernährung. 72, 91, 177, 270.
— Pflege um das 15. Jahrhundert. 11, vor 200 Jahren. 97.
Salol bei Diarrhoe. 179.
Sana. 202.
Sanitätsstationen in Schulen. 242.

Sauerstofftherapie. 149.
Sauger. 189, 270.
Scabies. 119.
Scarlatina. 63, 65, 142, 215, 238.
Schrumpfniere im Kindesalter. 193, 217.
Schulärzte. 114.
Schulggesundheitspflege, Versammlung d. Schweizerisch. Ges. f. dies. 167.
Schulkinder, geistige Ermüdung ders. 185.
—, Minderbegabung ders. 242, 258.
Schulterblatt, Hochstand dess. 161.
Sclerema neonatorum. 214.
Scrophulose. 71, 229, 245.
Seborrhoea sicca. 143.
Serumtherapie, neue Versuche in ders. 149.
Siccio. 113.
Silberpräparate bei Darmcatarrh. 232.
— bei Darmtuberkulose. 249.
Sinusthrombose. 134, 152, 153.
Skoliose. 158.
Sool- u. Seebäder bei Scrophulose. 71.
Soor. 84, 240.
Spasmus glottidis. 243.
Spinalflüssigkeit, normale, neuer Bestandteil ders. 148.
Spondylitis. 234.
Sprachstörungen, Vorlesungen über. 116.
Stomatitis. 167.
Stillen, Unfähigkeit der Mütter zum 271.
Stimmritzenkrampf. 243.
Streptokokken, lange St. auf gesunden Tonsillen. 85.
Stundenplan, hygienische Anforderungen an dens. 163.
Sublimatlösungen, starke in der Augen-therapie. 61.
Syphilis. 143, 170, 240, 245, 278.

T.

Tachycardie, paroxysmale. 129.
Tannigen. 71, 190.
Tanninpräparate bei Darmcatarrh. 232.
Tannopin. 118.
Tanocol. 102.
Taubheit. 173.
Teratome d. Bauchhöhle. 134.
Tetanie. 105, 207.
Therapie, Encyclopädie ders. 213.
—, spezielle innerer Krankheiten, Vorlesungen über. 115.
Thrombophlebitis d. Sin. cavern. u. transv. 134, 153.
— d. Sinus sigmoideus. 152.
— d. Sinus frontalis. 152.
Tracheotomie. 46, 155.
Tuberkulose, allgemeine. 38, 99, 185, 215, 245, 246.
— d. Bauchfells. 249, 266, 277.
— d. Darmes. 249.
— d. Haut. 96.
— d. Lungen. 69, 174.

- d. Lymphdrüsen. 117.
- d. Mittelohres. 205.
- d. Nieren. 108.
- u. Heilstättenwesen, Zeitschrift f. dies. 120
- Tussol. 214.
- Typhus abdominalis. 135, 149, 162, 239.

U.

- Ulcus tuberculosum cutis. 96.
- Unterleibscontusionen. 133.
- Uricämie im Kindesalter. 254.
- Urin. 140.
- erguss. 238.
- Zuckerausscheidung durch dens. 180.

V.

- Vaccination. 167.
- Varicellen. 56, 65, 248, 275.
- Verdauungsstörungen, diätetische Behandlung ders. 40.
- , acute im Säuglingsalter. 145.
- Verein, deutscher f. Gesundheitspflege, 25.
- Vers. dess. 144.
- allgemeiner deutscher für Schulgesundheitspflege. 192.

- Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte. 272.
- Versammlung, 72. deutscher Naturf. und Aerzte, Abteilung f. Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege 241, 265.
- Verstopfung. 49, 107.
- Verwahrlosung vom medizinischen Standpunkte aus. 163.
- Volkshygiene, Zeitschrift des Vereins für V. 240.
- Volvulus. 133.
- Vulnera. 143.
- Vulva, Diphtherie ders. 191.

W.

- Warzenfortsatz, Trepanation dess. 204.
- Wasserstoffsperoxyd, Behandlung der Diphtherie mit. 17.
- Wegweiser zur Ansführung ärztlicher Kurvorschriften. 166.

Z.

- Zahncaries bei Kindern. 182.
- u. Mundpflege 211, 237.
- Zehe, Implantation einer Z. f. einen verloren gegangenen Finger. 132.
- Zuckerausscheidung durch den Urin. 180.

Autoren-Register.

Abeles	259	Bunge	134
Adler	236	Burwinkel	143
Agéron	150	Callaneo	216
Aleksejew	230	Camerer jun.	267
Alivisatos	96	Carossa	69
Ammon v.	86	Carra	23
Angerer v.	133	Carrière	116
Anschütz	133	Cassel	249
Arnheim	287	Cerf	275
Arslau	204	Cima	153
Bacon	152	Cohn	72
Backhaus	270	Cohn H.	232
Bäumler	127	Cohn Mich.	95
Baginsky	238, 288.	Comby	59, 254.
Ballantyne	59	Concetti	207, 215.
Bardet	112	Concornotti	47
Baron	63, 65.	Conrads	243, 271.
Baur	67	Converse	116
Beier	141	Coston	171
Bendix	283	Cramer	137, 192.
Berberich	136	Cronkhill	71
Bergel	232	Czerny (Prag)	108
Berger	182	Czerny (Heidelb.)	131
Bergmann v.	133	Daldy	22
Bernheim	281	Debove	216
Bertheraud	174	Delcourt	256
Besnier	216	Dietrich	142
Bessel-Hagen	133	Dörfler	107
Biedert	40, 269, 284, 286.	Ehrlich	150
Bickel	149	Eichengrün	268
Bischofswerder	189	Eiselsberg v.	132
Blackely	151	Eitelberg	47
Blencke	166	Epstein	181
Bloch	90, 274.	Escat	20
Blondel	112	Esch	2, 25.
Bókay	181	Essen	214
Bogoras	43	Falkenheim	243, 244.
Bonnaire	231	Feer	246
Bornstein	146	Ferrien	160
Boysen	185	Feuchtwanger	109
Bion	163	Finkelstein	143
Brandt	68, 94.	Fischbein	243
Brat	96	Fischer	70
Breton	179	Fischl	18, 213.
Brisson	161	Flamm	115
Broy	96	Förster	65
Bruck	34, 39.	Fothergill	179

Fränkel A.	46	
Fränkel B.	204	
Franke	118, 192.	
Frankenburger	234	
Freeman	119	
Freund	278	
Friedjung	108	
Friedmann	200, 228, 236.	
Frieser	110, 210, 214, 240.	
Fruitnigh	150	
Fuchs	187	
Fürst	13, 72, 209, 255.	
Galatti	22	
Galli-Valoid	142	
Gallois	229	
Garbini	205	
Geiser	163	
Glénard	239	
Gerhardi	240	
Gerhardt	259	
Göpel	184	
Goldmann	113, 138.	
Goldschmidt	211	
Goliner	102, 264.	
Girard	163	
Gradenigo	151	
Gruber	205	
Gnercini	167	
Gumprecht	148	
Gutmann	71	
Guttmann	61	
Hacker v.	134	
Hänel	248	
Halasz	204	
Hallé	162	
Hamilton	263	
Hasslauer	202	
Havemann	172	
Hecht	215	
Henle	131	
Hermann	119	
Herrmann	262	
Hertoghe	19	
Herzfeld	48	
Heubner	91, 244, 265.	
Hilbert	85	
Hildebrandt	150	
Hille	81	
Hintner	216	
His	128	
His jun.	257	
Hochsinger	105, 243, 245, 267.	
Höfler	43	
Hoffa	61, 134, 234.	
Hoffmann A.	129	
Hopmann	171	
Hoppe	57	
Israel	132	
Jablocow	257	
Jemma	176	
Jessner	286	
Johannessen	178	
Jürgensen v.	126, 128.	
Jusset	135	
Kaiser	268	
Kaposi	119	
Kassowitz	111	
Kehr	133	
Keim	231	
Keller	177	
Kings	240	
Kiralyi	155	
Kirchner	114	
Klages	193, 217.	
Klein	55	
Klemperer	282	
Knopf	71	
Kobert	21, 268.	
König	132	
Königschmied	111	
Köppen	49, 202.	
Körner	154	
Kohts	257	
Kojukoff	56	
Korányi v.	125	
Kormann	242	
Kowarski	238	
Krantwig	274	
Kraske	131	
Kraus	149, 210, 262.	
Krause	134	
Kredel	190	
Krönlein	131, 134.	
Kronfeld	246	
Kühnau	186	
Kümmel	133	
Labbé	84	
Lamhofer	190	
Lange	208	
Ledermann	143	
Leick	191	
Lenhartz	127, 128.	
Lenné	148	
Lermoyez	206	
Lesieur	162	
Leube v.	128	
Leubert	203	
Lewis	153	
Lexer	134	
Liebmann	116	
Liebreich	213	
Lindner	134	
Lipes	141	
Lippmann	175	
Litten	127	
Löhnberg	206	
Löwit	150	
Lucae	151	
Luciani	279	
Mabu	206	
Manasse	171, 190.	
Mangoldt v.	131	
Mardoen	173	
Marton	87	
Mayer W.	46	
Mendelsohn	213	

Michaëlis	128, 149.	Rumpf	58, 127.
Mikhailoff	191	Sachs	188
Minkowski	150	Sargnon	155
Model	116	Sarwey	134
Monti	22, 38.	Schäffer	115
Most	135	Schede	132
Muck	23, 203, 204.	Schiff	184
Müller (O. St. A.)	126	Schlossmann	243, 245.
Müller (Leipzig)	146	Schmalz	62
Nägeli	48	Schmey	53
Naunyn	127	Schmid-Monnard	242, 243, 245, 258.
Nayond	238	Schmidt Ad.	17, 270.
Netter	150, 170, 203.	Schmidt W.	288
Neudörfer	24	Schmorl	66
Neumann	236, 280.	Schönenberger	166
Neusser	129	Schöngut	152
Nobécourt	180	Schott	128, 130
Noorden v.	116	Schraga	153
Nothnagel	127	Schröder	99
Nové-Josserand	161	Schwabe	263
Onodi	171	Schwartz	149
Oppenheimer	270	Schwarz	263
Ortner	115	Schultze	127
Ostermann	96	Schuschny	185
Pässler	127	Seifert	259
Pause	114	Selter	241, 265, 267, 270, 274, 275.
Payr	135	Senator	127
Peckoldt	96	Scyler	164
Pel	126	Shaw	141
Peltesohn	251	Siegert	191, 266, 271.
Petersen	134	Smith	127, 150.
Petit	249	Somma	116
Pfeiffer A.	113	Sommerfeld	238
Pfeiffer L.	260	Sonnenberger	125, 131, 145.
Pfeffenberger	158	Sorgente	207
Piaget	171	Spiegelberg	11, 97.
Pick	127, 150.	Ssokoloff	23
Piotrowski	118	Steinthal	134
Pöhl	147	Stembo	215
Pölchen	134	Sternfeld	165
Ponfick	245	Still	139
Preisich	62	Stöltzner	70
Propper	239	Strauss	106, 148.
Queirolo	150	Stubenrauch v.	132
Rabow	24, 142.	Stucky	171
Ranke v.	215, 266.	Swarzensky	176
Reissig	114	Tansley	151
Rende	89	Teixeira de Mattos	245
Rey	267, 273.	Terrien	277
Reynault	264	Thiemich	87
Riedl	150	Tittel	118
Riegler	17	Torday	71
Riese	134	Trendelenburg	133, 134.
Robert	264	Tripke	73, 121.
Roche	173	Troussand	281
Röse	211, 237.	Türk	150
Roglet	250	Ungar	243, 266.
Rohrman	96	Unna	25, 167, 216.
Rolly	39	Unruh	64
Rommel	189	Vacher	170
Rosenstein	127	Vierordt	130
Rothe	70, 189.	Vidal	231
Rubner	91		

Vollmann . . .	24	Wickel . . .	159
Wagenhäuser . .	173	Würzburg . . .	213
Waldeyer . . .	186	Young . . .	152
Wassermann . .	128, 149.	Zabludowski v. .	135
Weigmann . . .	186	Zeuner . . .	215
Weill . . .	162	Zuckerkandl . .	212
Weinberger . . .	158	Zülch . . .	140
Weintraud . . .	148	Zuppinger . . .	206
Wenckebach . .	129	zur Mühlen v. .	154
Werder . . .	163	Zweifel . . .	252
Whitney . . .	41		



Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4016) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederseit gern entgegen

XI. Jahrg.

Januar 1900.

Heft I.

Inhalt: Originalien: Esch, Ueber Dystrophia musculorum progressiva 2. — Spiegelberg. Ein Bild z. Pflege d. Neugeborenen u. Säuglinge um das 15. Jahrh. 11. — Fürst, Zur Frage des Leberthran-Ersatzes 13. — Referate: Riegler, Diphtherie 17. — Schmidt, Röteln und Erythemepidemien 17. — Fischl, Anginen 18. — Hertoghe, Myxödem 19. — Escat, Intubation ohne dauernde Ueberwachung 20. — Gesundheitspflege: Kobert, Ueber die Ansteckungsgefahr im Eisenbahnwagen 21. — Rezensionen: Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen Heft 6—9 22. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft 22. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis 23. — Kleine Mitteilungen 24.

Abonnements-Einladung.

Mit dieser Nummer beginnt der 11. Jahrgang des „Kinder-Arzt“ und treten wir zugleich in das 2. Decennium des Bestehens unserer Zeitschrift ein. Mit Genugthuung dürfen wir dieses Jahrzehnt überblicken. Neben den beiden grossen Organen, die sich die Pflege unseres Spezialfaches angelegen sein lassen, hat unsere Zeitschrift, die sich zur Aufgabe gestellt hat, alles, was von praktischem und wissenschaftlichem Werte in der Kinderheilkunde des In- und Auslandes veröffentlicht wird, den praktischen Aerzten in conciser Form vor Augen zu führen, ihre Stellung zu behaupten gewusst. Diestattliche Reihe von Mitarbeitern, denen hier herzlichster Dank abgestattet wird, sowie die immer zunehmende Verbreitung des „Kinder-Arzt“ beweisen uns, dass der von uns eingeschlagene Weg der richtige ist und hoffen wir, dass auch im 2. Decennium die Entwicklung unserer Zeitschrift nach jeder Richtung hin eine stetig voranschreitende sein werde.

Mögen Mitarbeiter und Abonnenten uns ebenso treu zur Seite stehen wie bisher.

Zum Abonnement auf unsere Zeitschrift laden wir zum Schlusse noch ergebenst ein.

Die Redaktion.

Der Verlag.

Ueber Dystrophia Musculorum Progressiva.

Von Dr. Peter Esch, Ass.-Arzt am Kinderkrankenhaus zu Leipzig.

Die Lehre von der Dystrophia musculorum progressiva ist noch nicht abgeschlossen; der alte Streit zwischen den Anhängern der „neuropathischen“ Theorie und denen der „primär myopathischen“ Theorie besteht noch. Manche geistvolle Arbeit von bedeutenden Autoren suchte Licht in das Dunkel dieser Krankheitsform zu bringen. Viele klinische Einzeldarstellungen haben das kasuistische Material in wertvoller Weise vermehrt, viele pathologisch-anatomische Arbeiten versuchten über den Sitz der Krankheit Auskunft zu geben. Trotz dieser Bemühungen konnte keine Einigung in den Ansichten erzeugt werden. Die folgenden Zeilen bezwecken nun im Anschluss an einen kurzen historischen Rückblick über die Entwicklung der Lehre von der progressiven Muskelatrophie und nach einer Beschreibung einer Familie, in der mehrere Mitglieder von der Dystrophia musculorum progressiva befallen sind, den heutigen Standpunkt über die Lehre klarzulegen.

Abgesehen von einigen kurzen Erwähnungen unserer Krankheit — ich nenne die von Van Swieten (1), Abercrombie (2) und Ch. Bell (3) waren Griesinger (4), Aran (5) und Duchenne (6) die ersten, denen es gelang, ein klassisches Bild davon zu entwerfen. Die beiden letzten sahen den Muskel als den Sitz der Erkrankung an, und glaubten, dass von ihm aus die Nerven und das Rückenmark aufsteigend ergriffen würden. Cruveilhier (7) fand nach einer anatomischen Untersuchung die vorderen Spinalwurzeln atrophisch, während Luys (8), Clarke (9) und Hayem (10) die Veränderungen der vordern grossen Ganglienzellen als die Ursache des Leidens anführten. In Deutschland vertrat Friedberg (11) die myopathische Theorie. Zu ungefähr derselben Zeit trat Jaccond (12) mit einer dritten Theorie hervor, indem er den Krankheitsprozess als eine von einer spezifischen Erkrankung des Sympathicus ausgehende Trophoneurose hinstellte. Charcot wies dann in seinen Leçons sur les maladies du système nerveux 1874 den trophischen Einfluss der grossen Ganglienzellen auf die Muskulatur nach und erklärte deren Degeneration als Ursache obigen Leidens; dadurch verhalf er der Theorie von Luys und Clarke zum Siege.

Der grösste und gefährlichste Gegner dieser Anschauung war Friedreich (13). Er stellte in seiner mühevollen und geistreichen Monographie die myopathische Theorie als die allein richtige hin. Die Veränderungen an den peripheren Nerven und am Rückenmarke hielt er für sekundär, indem er seine Ansicht folgendermassen formulierte:

„Die progressive Muskelatrophie beginnt primär innerhalb des Muskelgewebes als ein aktiver, entzündlicher Prozess, welcher bezüglich seiner histologischen Verhältnisse durchaus übereinstimmt mit den übrigen Formen chronischer Myositis. Früher oder später kann die im Muskelgewebe bestehende entzündliche Reizung auch die intramuskulären Nervenästchen beteiligen und an denselben eine chronische Neuritis und Perineuritis zur Entwicklung bringen, welche in centripetalem Gange zunächst auf die extramuskulären motorischen

Aeste, weiterhin auf die gemischten Nervenstämme und Plexus bis zu den Nervenwurzeln, ja in das Rückenmark selbst zu propagieren, aber auch an jeder Stelle der bezeichneten Bahn zu gelangen, stillzustehen im Stande ist.“

Wir wissen jetzt, dass manches Wahre in den Ausführungen Friedreichs enthalten ist; und sein Versuch, die Pseudohypertrophie der Kinder der progressiven Muskelatrophie anzureihen, ist ein sehr glücklicher zu nennen. Jedoch die Mehrzahl der Forscher waren Anhänger von Charcot.

Da brachte Lichtheim (14) seinen berühmt gewordenen Fall zur Veröffentlichung, bei welchem er nach sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks, trotz ausgesprochener Atrophie der Muskulatur, dieses unverändert fand. Und schon einige Jahre später hob Friedrich Schultze (15) im ärztlichen Vereine zu Heidelberg hervor, dass man bei seinem Krankheitsfalle eine primäre Myopathie annehmen müsse, weil „ein andauerndes Fehlen irgend welcher nervöser Krankheitserscheinungen jeder Art“ vorhanden sei. Zwei Ansichten, die entschieden für die Lehre von Friedreich sprachen.

Inzwischen hat e Leyden (16) seine „hereditäre“ Form der Muskelatrophie, die Möbius (17) mit Recht zur Pseudohypertrophia musculorum progressiva zuzählte, beschrieben. Diese Form unterschied sich nach Leyden sowohl durch ihre Ätiologie als auch ihren Verlauf von dem Aran-Typus. Stets sind blos Mitglieder einer Familie befallen und die Krankheit beginnt in jungen Jahren mit Schwäche im Kreuz und den untern Extremitäten.

Dieser Streit der Meinungen dauerte nun fort, bis Erb (18) den Nachweis führte, dass der Ausgangspunkt all der verschiedenen Anschauungen in einer mangelhaften klinischen Beobachtungsweise zu suchen sei, indem man grundverschiedene Krankheitsbilder unter einem Namen vereinigt habe. Er hat das Verdienst, zuerst eine klinische Trennung der progressiven Muskelatrophie in zwei verschiedene Klassen bewirkt zu haben: eine Form, die unzweifelhaft spinalen Ursprunges ist — die Amyotrophia spinalis progressiva — eine zweite, die wahrscheinlich myopathischen Ursprunges ist — die Dystrophia musculorum progressiva. — Das Resultat seiner lichtvollen Arbeit, soweit es unsere Krankheit betrifft, drückt Erb in folgenden Worten aus, die ich mir hier anzuführen erlaube;

„Es giebt eine besondere Form der Muskelerkrankung, die teils in Hypertrophie mit nachfolgender oder von vornherein einsetzender Atrophie der Muskelfasern, teils in Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes besteht und sich schliesslich durch eine mehr oder minder hochgradige Lipomatose vervollständigt. Ob die Veränderungen an den Muskelfasern oder am Bindegewebe das Primäre, oder ob dieselben coordiniert sind, ist noch unentschieden. Das periphere Nervensystem, wie das Rückenmark bieten dabei in der Regel keinerlei erkennbare Veränderungen dar. Es ist dies ein sehr chronisches, langsam progressives Leiden, als dessen Ergebniss an jedem befallenen Muskel bald hochgradige Atrophie, bald wahre Hypertrophie, bald Pseudohypertrophie (Lipomatose) erscheinen kann.

„Klinisch ist die Krankheit durch eine höchst charakteristische

und immer wiederkehrende Lokalisation der Muskelaffectio (in der oberen Körperhälfte besonders die Pectorales, Cucullares, Latissimi und andere Schulterblattmuskeln, die Beugergruppe am Oberarm incl. Supinator longus, den Triceps etc. betreffend, Vorderarm und Hand verschonend; in der untern Extremität die Lendenstrecker, einen Teil der Bauchmuskeln, die Oberschenkelmuskeln, dann die Wade und das Peronaensgebiet teilweise befallend) durch das Fehlen der fibrillären Zuckungen und der E a R, durch das Fehlen aller anderweitigen nervösen oder sonstigen Störungen gekennzeichnet. Sie tritt bald vorwiegend und zuerst in der obern, bald in der untern Körperhälfte auf, wie es scheint, je nach dem Alter der betreffenden Individuen. Die meisten zu dieser Krankheit gehörenden Fälle sind bisher der progressiven Muskelatrophie, ein Teil der sogenannten Pseudohypertrophie zugerechnet worden.

„Das Leiden erscheint bald in Form einer progressiven Muskelatrophie in der Kindheit oder im Jünglingsalter (einige Zeit vor oder nach der Pubertät) und stellt dann das dar, was ich zuerst als „juvenile Form der Muskelatrophie“ geschildert habe; es tritt nicht selten in sogenannten „familiären“ Gruppen, auch durch mehrere Generationen hindurch auf.

„Tritt die Krankheit schon in der frühesten Kindheit auf und gesellt sich keine erhebliche Lipomatose hinzu, so ist sie das, was man im engern Sinne als „hereditäre Muskelatrophie“ bezeichnet hat; verbindet sie sich aber in diesem Falle mit sehr frühzeitiger und hochgradiger Lipomatose, besonders an den untern Extremitäten, so stellt sie die sogenannte „Pseudohypertrophie“ dar.

„Aber alle diese Formen sind untereinander identisch und stellen nur verschiedene Ausdrucks- und Verlaufsweisen, verschiedene Intensitätsgrade einer und derselben Krankheit dar.

„Und diese Krankheit ist, nach unsern heutigen Kenntnissen, sowohl klinisch wie anatomisch, scharf zu trennen von der spinalen Form der progressiven Muskelatrophie“. Dies ist die Erklärung Erb's. Vorher hat er in seiner Arbeit den Beweis geführt, dass

1. die Pseudohypertrophia musculorum progressiva,
2. die hereditäre Muskelatrophie (Typus Leyden),
3. die von ihm selbst beschriebene juvenile Muskelatrophie (Typus Erb)

sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch eine überaus grosse Uebereinstimmung zeigen. Auf der XIII. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Freiburg i. Br. zeigte er in derselben klaren Weise, dass auch die zuerst von Duchenne und später von Landouzy und Déjérine (19) beschriebene sogenannte „infantile progressive Muskelatrophie mit Beteiligung des Gesichtes“ die engste Verwandtschaft zu obigen Krankheitsbildern besitze.

Er fasst dann die obigen vier Krankheitsformen unter dem erwähnten Namen „Dystrophia musculorum progressiva“ zusammen und erklärte sie für eine nosologische Einheit.

Fast alle Forscher in Deutschland und Frankreich waren von den Beweisen Erb's überzeugt; nur eine geringe Anzahl widersprach

ihm. So bezeichnete Liebermeister auf der Freiburger Naturforscherversammlung 1884 die Vereinigung der „juvenilen Form“ mit der „Pseudohypertrophie“ als klinischen Fehler, und Landouzy-Déjérine bestanden darauf, dass ihr Krankheitsbild ein selbständiges sei.

Die Gegenüberstellung der Amyotrophia spinalis progressiva und der Dystrophia musculorum progressiva hatte einen bedeutenden Einfluss auf die Anschauungen über den Sitz der Krankheit, indem viele Autoren zu der Ueberzeugung kamen, dass unsere Krankheit eine primäre Myopathie sei, wofür ja so viele Obduktionsbefunde sprechen. Aetiologisch forderten sie eine disponierende Diathese und eine „Constitutionsanomalie“, was Friedreich für die gesamten Muskelatrophien als Ursache verlangte, indem er sagte:

„Es existiert eine disponierende Diathese, die als eine dem Muskelgewebe in nutritiver und formativer Richtung zukommende Schwäche zu definieren ist, durch welche eine geringere Resistenzfähigkeit, eine grössere Neigung desselben zu irritativen und degenerativen Ernährungsstörungen gegeben ist“.

Dem Nervensystem wird bei dieser Auffassung keine Rolle zugesprochen; gegen diese Erklärung lassen sich schwerwiegende Bedenken erheben. Der erste, der diese Bedenken vorbrachte, war Knoll (20) und nach ihm brachten noch andere Autoren und neuerdings auch Erb Thatsachen vor, die für eine Erkrankung des Nervensystems sprechen. Ich erwähne das symmetrische Auftreten der Affektion, das gleichzeitige Befallensein von Muskelgruppen gleicher Funktion. Bisweilen scheint der Krankheitsprozess sich an den Verlauf von Nervenbahnen in den Plexus, an die Anordnung nervöser Centren im Centralorgan anzuschliessen. Auch spricht die Heredität wohl für ein Nervenleiden. Besonders betonen möchte ich aber das häufige Vorkommen von nervösen Erscheinungen sowohl bei dem Patienten selbst als auch bei seiner Familie. So beschreiben viele Beobachter über den erkrankten Muskel besonders an der untern Körperhälfte eine bläulich marmorierte Verfärbung der Haut. Es handelt sich hier um collaterale Fluxionen gegen die Hautgefässe, beruhend auf einer in den pseudohypertrophischen Muskeln bestehenden Cirkulationsstörung. Friedreich sah eine enorme Schweissbildung und erklärte sie auf dieselbe Weise. Interessant sind die Beobachtungen Griesinger's, indem er schreibt:

„Sehr häufig bemerkt man, dass Stellen, wo der Kranke etwas fester angefasst wird, z. B. die Achselgegend, wenn man versucht, ihn unter den Armen zu halten, sich mit ihrer ganzen Umgebung weit über die Druckstellen hinaus röten; auch bei Anstrengungen des Körpers, z. B. wenn der Kranke die Aufforderung, aus dem Bette zu steigen, auszuführen sucht, röten sich oft, ohne alle Berührung und Druck, manche Hautstellen“. Ebenso sind trophische Störungen an den Knochen beschrieben worden; so erzählt Dujardin-Beaumetz (21) von einem an Pseudohypertrophie erkrankten Mädchen, dass bei ihr eine ausgeprägte Atrophie der Kniescheibe bestanden habe. Im neurologischen Centralblatt 1885 ist ebenfalls von einem pseudohypertrophischen Mädchen berichtet, dass beide Ellbogengelenke in Folge von beträchtlicher Atrophie aller Epiphysen schlotternd und nach

allen Richtungen frei beweglich seien. Auch die Humerus- und Femurgelenke waren durch Atrophie der Gelenkköpfe abnorm beweglich, in den Kniegelenken waren vorläufig nur die Patellae auf die Hälfte ihres Volumens reduziert.

Manche Obduktionsbefunde liessen Veränderungen am Rückenmark und aus den peripheren Nerven erkennen. Allerdings sind die Befunde sehr verschiedener Art, so sind neben „granular disintegration“, myelitischen und sklerotischen Prozessen selbst kongenitale Missbildungen beschrieben worden. In der Beurteilung dieser Resultate schliesse ich mich Schultze an, der sagt, dass an einen causalen Zusammenhang der nur geringfügigen und wenig umfangreichen Veränderungen mit dem ausgebreiteten Muskelschwund ernstlich nicht gedacht werden kann, zumal das Ergriffensein der grossen Ganglienzellen in den Vorderhörnern bloss einige Mal konstatiert ist. Dies gilt bloss von den alten Fällen. Neuerdings belehren uns die Arbeiten von Heubner (22), Schulz (23) und Preisz (24) eines andern. Ich gestatte mir das Ergebnis ihrer Forschungen kurz hier wiederzugeben:

Heubner fand am Rückenmark: „Bedeutender Verlust an Ganglienzellen in allen Teilen, besonders im mittleren und oberen Teil der Lendenanschwellung. Direktes Zerfallen nicht zu sehen, mehr einfacher Schwund, wodurch Lücken an den Orten früherer Zellen entstehen. Eine auffällige Schrumpfung des Gesamthorns ist nicht zu erkennen; erklärlich, weil der krankhafte Prozess ganz ausschliesslich eben nur die Ganglienzellen ergriffen, so zu sagen „herausgefischt“ zu haben scheint. Im Halsmark, wo der Prozess am jüngsten besteht, ist keine Vermehrung der Neurogliakerne zu konstatieren. Die vorderen Wurzeln meist atrophisch und faserarm. Periphere Nerven dünn und atrophiert, hervorgerufen durch einen einfachen Schwund von Nervenfasern. Auch viele Muskelnervenäste scheinen atrophiert.“

Schulz berichtet vom Rückenmark: „Lumbalanschwellung auf der rechten seitlichen und hintern Fläche in einer Ausdehnung von 4 cm von der pia mater ganz entblosst, die hinteren Wurzeln vollständig fehlend, die vorderen nach der andern Seite gelagert. (Der Autor hält den letzten Defekt selbst für artificiell.) Im rechten Vorderhorn der Halsanschwellung ein Erweichungsherd. Das Gewebe der grauen Substanz hier wie zerfetzt, von roten Blutkörperchen durchsetzt. Die grossen Ganglienzellen hier an Zahl geringer, zum Teil geschrumpft, zum Teil gequollen, ohne deutlichen Kern; Fortsätze teilweise fehlend. Weisse Substanz normal. In der Lendenanschwellung fast der ganze rechte Seitenstrang bis auf Reste der Substantia reticularis fehlend. — Im ganzen Mark Ganglienzellen teils gequollen, teils geschrumpft ohne deutliche Kerne und Fortsätze. — Periphere Nerven zum Teil atrophisch, einfacher Faserschwund.“

Priez schreibt: „An den intramuskulären Nervenbündeln ist das Peri- und Endoneurium gewuchert; auch stark gequollene Axencylinder. An den grösseren peripheren Nervenstämmen interstitielle Neuritis. Die vorderen Wurzeln zeigen besonders im mittleren Dorsalteil dieselben Veränderungen wie die Nerven. Rückenmark: Im obersten Halsteil einige stark geschrumpfte, fortsatz- und kernlose Ganglienzellen der Vorderhörner. Im Dorsalmark ausgebreitete

grössere und kleinere Hämorrhagien mit Zerstörung der grauen Substanz. Diese Partie ist 4 cm lang. Im oberen Lendenmark, in den Vorderhörnern ausgedehnte Veränderungen: um die Gefässe ein breiter, aus einem fein granulierten Maschengewebe bestehender Hof ohne Nervelemente, teilweise mit roten und weissen Blutkörperchen. Die Ganglienzellen teilweise ganz atrophisch, zu kleinen pigmentierten Schollen geworden. Wahrscheinlich auch Vermehrung der Gliazellen. In der weissen Substanz kleine Lücken und verdickte Axencylinder. In der Lendenanschwellung ebenfalls Blutungen“.

Solche Befunde bei unzweifelhaften Fällen von *Dystrophia musculorum progressiva* sprechen doch ein verneinendes Urteil über die reine, ausschliesslich myopathische Theorie. Aber wie soll man dann das rätselhafte Krankheitsbild erklären? Sehr bequem könnte man sich über die zahlreichen negativen pathologisch-anatomischen Ergebnisse am Centralnervensystem hinwegsetzen, wenn man sich auch in diesem Falle den Ausführungen von Möbius anschliesst, der sagt: „gewiss wird kein konsequent Denkender glauben, dass es eine Funktionsstörung ohne materielle Störung gebe, dass ein abnorm funktionierendes Centralorgan in seiner Konstitution normal sei, aber unsere anatomischen resp. chemischen Mittel sind für jetzt und höchst wahrscheinlich für immer ungenügend, um feinere Abweichungen vom normalen Bau und der normalen Zusammensetzung erkennen zu lassen. Gehirn- und Rückenmark kann krank sein, ohne dass es der beste Anatom nachzuweisen im Stande wäre“.

Erb glaubt an einen neurotischen Ursprung und sucht ihn in einer rein funktionellen Störung der trophischen Centren des Rückenmarks: „Dabei ist an diesen Centren selbst eine gröbere Veränderung mikroskopisch nicht nachweisbar, sondern wird nur manchmal und bei längerer Dauer oder grosser Intensität der Störung sichtbar“.

Quincke spricht im *Dtsch. Archiv für klin. Medicin* 1888 die Hypothese aus, dass in der Hirnrinde neben den motorischen Centren räumlich davon getrennt trophische Centren vorhanden seien. „Es ist denkbar, dass gewisse cortikale Ganglienzellen normalerweise einen trophischen Einfluss auf die motorischen Teile des Rückenmarks und damit indirekt auf die peripheren Nerven und Muskeln ausüben“. Das Gleiche glaubt Borgherini (25) annehmen zu müssen und viele Autoren lassen diese Annahme gelten.

Nun fielen aber schon die cerebralen Erscheinungen, die mit unserer Krankheit einhergingen, dem ersten wahren Beobachter der Pseudohypertrophie, Duchenne, dermassen auf, dass er sie „*paralysie hypertrophique de l'enfance de cause cérébrale*“ nannte. Wie viele cerebrale Erscheinungen sind nicht von spätern Autoren bei Beschreibung dieses Leidens erwähnt worden! Ich nenne nur Melancholie, Paranoia, Chorea, Epilepsie, epileptischer Blödsinn, Imbecillität. Zudem sind einige Fälle bekannt, wo die *Dystrophia musculorum progressiva* sich im Anschluss an eine cerebrale Krankheit entwickelt hat. So nimmt Bisping (26) an, dass bei seinem Falle die Muskelatrophie ätiologisch mit einer Encephalitis, die sich in Hemiplegie äusserte, in Zusammenhang stehe. Bis jetzt wurde das Gehirn bei den anatomischen Untersuchungen geradezu vernachlässigt: Mir liegen blos

makroskopische Untersuchungen vor, die zum Teil die Häute hyperämisch, zum Teil die Gefässe dilatiert finden, während Pick (27) von zwei verkalkten Cysticerken berichtet. Wäre es vielleicht nicht angebracht, bei späteren Obduktionen mehr auf dieses Organ zu achten?

In der jetzt folgenden Beschreibung der Krankheitsfälle handelt es sich um drei Geschwister, von denen zwei längere Zeit in der hiesigen Universitätskinderklinik beobachtet wurden. Die erste Krankengeschichte stammt von Herrn Dr. Eichhorn, einem damaligen Assistenten am Kinderkrankenhaus.

Patient, Bruno W., Sohn vom Obermüller Friedrich W. in Wurzen, wurde im Alter von 10 Jahren am 1. Mai 1895 im Kinderspital aufgenommen. Die Eltern sind gesund; von den 9 Geschwistern leidet ein 16jähriger Bruder und eine 17jährige Schwester an demselben Leiden, während zwei Geschwister an Diphtherie beziehungsweise an Keuchhusten gestorben sind. In der Antecedenz ist weder eine derartige noch eine sonstige Nervenkrankheit bekannt. Er überstand Masern, Keuchhusten und Spitzpocken. Mit einem Jahre lernte der Knabe sprechen und laufen.

Die jetzige Krankheit begann folgendermassen: Patient war, bevor er die Schule besuchte, wesentlich dicker und voller; seitdem er die Schule besuchte, wurde er allmählich magerer; besonders Arme und Beine sind weniger fleischig; Seit dieser Zeit fiel der Mutter auf, dass dem Kranken das Treppensteigen schwer wurde; er knickte mit dem vorwärtsschreitenden Beine ins Knie, und knickte in der Hüfte der betreffenden Seite, sodass ein wackelnder Gang entsteht; im Laufe der Zeit wurden diese Erscheinungen stärker. In der Turnstunde kann Patient die Uebungen am Reck und Barren nicht ausführen; beim Stütz knickt er in die Arme. Beim Gehen wird er leicht müde, und er steht nicht fest auf den Beinen. Am Gesicht ist der Mutter nie etwas Besonderes aufgefallen. Der Knabe erklärt selbst, dass er körperlich nicht dasselbe leiste, wie seine Altersgenossen; und klagt über häufige Kopfschmerzen, während Schlaf und Appetit gut sind.

Status:

Mässig genährter, für sein Alter kleiner, gracil gebauter Knabe. Panniculus adiposus gering; Muskulatur im allgemeinen mässig entwickelt, schlaff. Die rechte Gesichtshälfte erscheint etwas schmaler als die linke, welche voller ist und deren Falten und Linien vielleicht eine Spur verstrichen sind. Zeichen einer Facialislähmung fehlen. Der Schultergürtel erscheint in geringem Masse abgemagert. An Stelle der normalen Rundung des Musculus deltoideus lässt sich eine flache Einsenkung konstatieren; ebenso zeigen die Schulterblattmuskeln ein verhältnismässig geringes Volumen. Die Rückenmuskulatur ist ohne Besonderheiten. Die Oberarmmuskulatur entspricht ungefähr der ganzen Entwicklung des Patienten, desgleichen die Unterarmmuskulatur. An den Oberschenkeln zeigt die Muskulatur zweifellos ein subnormales Volumen; vor allem zeigen dies die Adductoren. Bei aufrechter Stellung mit zusammengeschlossenen Beinen und Knien zeigt sich zwischen beiden Oberschenkeln ein ziemlich breiter Spalt. Die Muskulatur der Oberschenkel ist schlaff.

Die Wadenmuskulatur zeigt dagegen eine gewisse Derbheit, die im Verhältnis zur übrigen Körpermuskulatur auffällt. Besonders zeigt sich diese Derbheit beim Stehen. Auch das Volumen der Wadenmuskulatur erscheint im Verhältnis zur übrigen Muskulatur erhöht. Glutaeal-Muskulatur ist ohne Besonderheiten. Die Wirbelsäule zeigt ihre normalen Krümmungen, keine Lordose im untern Brust- und Lendenteil. Irgend welche Funktionsstörungen der Muskulatur sind nicht bemerkbar. Nirgends bestehen Contracturen.

Patient tritt beim Gehen mit der ganzen Sohle auf, zeigt dabei eine normale Körperhaltung, und lediglich bei länger anhaltendem Treppensteigen tritt ein leichtes Einknicken der Hüfte auf der Seite des ausschreitenden Beines ein. Dabei geschieht das Treppensteigen aber frei ohne jede Unterstützung, ohne Anhalten an das Geländer. Die Muskeln des Oberkörpers und der obern Extremität funktionieren durchaus normal. Fibrilläre Muskelzuckungen fehlen. Die elektrische Untersuchung ergibt:

1) mit dem faradischen Strom: Nervus facialis: oberer Ast Minimalzuckung beiderseits bei 2 cm Rollenabstand; mittlerer und unterer Ast beiderseits bei 4 cm Rollenabstand sowohl bei Reizung vom Nerven aus als auch bei direkter Reizung des Muskels. Dabei sind die Zuckungen rechts etwas ausgesprochener als links.

2) Galvanische Untersuchung vacat.

Faradische Untersuchung des nervus radialis ergibt Minimalzuckung bei einem Rollenabstand von 4 cm, beiderseits bei Reizung von Nerv und Muskel.

Die galvanische Untersuchung vacat.

Nervus peroneus:

1) Die faradische Untersuchung zeigt vom Nerven aus eine Minimalzuckung bei einem Rollenabstand von 3 cm, vom Muskel aus bei 4 cm.

2) Die galvanische Untersuchung ergibt bei einer Stromstärke von 3—4 M. A, kurze blitzartige Zuckungen der Muskulatur.

Von einer Entartungsreaktion ist keine Spur vorhanden. Die K. S. Z. ist grösser als die A. S. Z.

Die Untersuchung wurde vorgenommen mit der feinen Erb'schen Electrode. Der indifferente Pol war auf das Sternum aufgesetzt. Von verlangsamter Leitung nichts bemerkbar.

Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden.

Augen, Nase ohne Besonderheiten.

Lippen rot, feucht.

Zunge etwas belegt.

Rachenorgane blass, ohne Schwellung, ohne Belag.

Umgebung der äusseren Gehörgänge nicht druckempfindlich, kein Ausfluss aus den Ohren.

Atmung frei; auf den Lungen keine Dämpfung, überall vesiculäres Atmen, kein Rasseln.

Herzdämpfung innerhalb normaler Grenzen, Töne rein, Herzthätigkeit regelmässig; Puls mittelkräftig.

Abdomen weich, nirgends druckempfindlich; Milz und Leber nicht fühlbar. Harn ohne Eiweiss. Patient ist fieberfrei und fühlt sich subjektiv wohl.

Am 24. Juli hat sich der Zustand im Wesentlichen nicht geändert, keinesfalls verschlechtert und Patient wird entlassen.

Status praesens (am 3. Oktober 1899 in Wurzen aufgenommen):

Patient ist für sein Alter — 15 Jahr — ein dürrtzig genährter, kleiner, gracil gebauter Jüngling. Gesichtsfarbe ist blass, Gesichtsausdruck leidend. Der Schädel ist etwas asymmetrisch entwickelt. Das Fettpolster ist vollständig geschwunden, die Haut ist frei von Exanthenen; von Oedemen und Drüsenschwellungen ist nichts zu bemerken. Das Sensorium ist frei, die psychischen Funktionen sind normal. Die Pupillen sind gleich, von mittlerer Weite und reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Untersuchung der inneren Organe lässt nichts Abnormes erkennen. Es besteht kein Fieber.

In der Zwischenzeit — vom 24. VII. 95 bis zum Oktober 1899 — hat der Knabe die Schule regelmässig besucht, und ist von anderen Krankheiten verschont geblieben; nur klagt er über Kopfweh. Augenblicklich ist er Lehrling in einem Komptoir. Bei Betrachtung des Kranken fällt besonders die allgemeine spärliche Entwicklung seines Muskelsystems auf; es kontrastieren trotzdem die relativ dicken Unterarme und Unterschenkel gegen die magern Oberarme beziehungsweise Oberschenkel. Bei der Palpation findet man hochgradigen Schwund vieler Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten, wogegen andere zum mindesten ein normales Volumen zeigen.

Im einzelnen ergaben sich folgende Verhältnisse:

Die rechte Gesichtshälfte erscheint etwas schmaler als die linke; aber die Atrophie hat die Muskulatur nicht befallen. Die mimischen Funktionen — Spitzen des Mundes, Aufblasen der Wangen, Rümpfen der Nase, Schliessen der Augen und Runzeln der Stirn — sind nicht gestört.

Am Halse sind beide Sternocleidomastoidei etwas atrophisch, ebenso die Scaleni.

An den Oberarmen ist die Beugemuskulatur in ihrem Volumen bedeutend herabgesetzt; Biceps und Brachialis internus sind bloß als strangförmige Reste zu fühlen. An Stelle der normalen Rundung des Deltoideus lässt sich jetzt eine beträchtliche Einsenkung konstatieren, während der Triceps ziemlich voluminös erscheint. Die Muskulatur der Vorderarme ist leidlich entwickelt und die Handmuskeln sind normal. Die Thoraxmuskulatur ist stark atrophisch, und zwar sind neben den Pectorales besonders die Serrati anteriores von der Krankheit ergriffen. Ferner hat die Atrophie am Schultergürtel folgende Muskeln in ihren Bereich gezogen:

Die Mm. Supra- und Infraspinati,
 die Mm. Cucullares,
 die Mm. Rhomboidei,
 die Mm. Levatores anguli scapulae,
 die Mm. Latissimi dorsi.

Auch der Erector trunci erscheint etwas abgemagert, während die Bauchmuskeln sich beim Husten stark kontrahieren.

(Fortsetzung folgt.)

Ein Bild zur Pflege der Neugeborenen und Säuglinge um das 15. Jahrhundert.

Von Dr. Joh. H. Spiegelberg in München.

Ueber den Wert der Geschichte in der Medizin ist viel geschrieben und gesprochen worden und nicht wenig begegnet man heute der Klage über die Vernachlässigung dieser Seite unserer medizinisch-wissenschaftlichen Vorbildung. Wie die Entwicklungsgeschichte des Einzelwesens und der Arten die wichtigsten Bausteine zu dem Baue der anatomischen Formenlehre geliefert haben, so wird jede fertige Errungenschaft der Forschung klarer und begründeter dem erscheinen, der es nicht verschmäht, ab und zu auch den Stufen niederer Entwicklung dieser Forschung kurze Aufmerksamkeit zu schenken. Nicht nur geben solche Betrachtungen oft unvorhergesehene neue Anregungen, auch der Glaube, dass wir es in Allem gegen unsre Altvorderen gerade in der Medizin so unendlich weit gebracht, erfährt gar oft eine nicht eben nachteilige Herabdämpfung.

Es würde in keinem Verhältnisse zu dem Inhalte des Nachfolgenden stehen, wollte ich hier mit langatmigen Ausführungen über die Bedeutung der Medizingeschichte und ihrer Quellen fortfahren.

Ich bin im glücklichen Besitze einer Reihe interessanter Original-Denkmäler unserer Wissenschaft. Vor mir liegt heute ein dicker Foliant, gedruckt im Jahre 1586 zu Basel und enthaltend an die zwanzig lateinischer „Kommentare“ vorzeitgenössischer und vielleicht älterer Abhandlungen aus dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe, gesammelt von einem gewissen Kaspar Wolff aus Zürich und seinem Lehrer Gesner (wohl Konrad v. Gesner, dem „deutschen Plinius“ 1516—1565). Mich als Vertreter der Kinderheilkunde fesseln darin einzelne Abschnitte, die der Pflege und Behandlung der Neugeborenen gewidmet sind, und von welchen ich einen, als wohl allgemein fremd, den Freunden eines zwar gegenwärtig unverwertbaren aber unterhaltenden Lesestoffes in einer einem Referate ähnlichen Form vorsetzen möchte.

Dieser bildet Caput XX bis XXIV des Teil I einer „*Harmonia Gynaeciorum*“, nach Autoren Namens Priscianus, Cleopatra und Moschion von einem gewissen Theodurus Priscianus gesammelt. Moschion ist nach Gesner ein damaliger jüdischer Uebersetzer aus dem Griechischen. Lesen wir:

Das Neugeborene wird von der Amme (Wärterin) mit geschlossenen Schenkeln auf den Schoß genommen, die Windeln entfernt und das Kind mit warmem Oele eingesalbt. In einem grossen Waschbecken wird klares, mässig warmes Wasser ohne Gerüche vorbereitet. Mit der linken Hand nehme jene das Kind unter der linken Achsel, so dass die Brust über dem Ellenbogen zu liegen kommt, legt es ins Wasser und beginnt es sanft zu baden, erst auf dem Rücken, dann umgekehrt, und benetze alle Teile, so dass aller Schmutz, am Halse, in Vertiefungen wie Achsel und Inguinalgegend, sorgsam ausgewischt werde; mit dem Finger werde aller Speichel aus dem Munde entfernt, Zahnfleisch und Zunge sanft abgerieben. Ebenso sanft übe man einen Druck über dem Schambein aus, um die Aufgabe der Blase

wachzurufen; ist das Kind genügend erwärmt und abgerieben, so wasche man es und lege es dabei in laues Wasser, dass es sich an den Gebrauch des kalten gewöhne. Täglich einmal ist das Kind zu baden, und im Notfalle zweimal, häufigeres Baden macht den Körper schlaff und schadet dem Kopfe. Das Bad ist an dunklem (!) und mässig warmen Orte vorzunehmen. Andere Zuthaten als etwa Salz sind schädlich durch ihren Geruch und ziehen zu sehr zusammen (adstringunt. Der Schreiber erwähnt pulvis gallarum und Myrrhen). Ist das Kind sehr zart, so nehme man Oel, Honig oder Heublumensaft, mit dem der ganze Körper abgerieben werde, so dass weder in Augen noch Ohren etwas gelange; ist solches trocken geworden, so spüle man mit kaltem Wasser ab und bade noch einmal in warmem Wasser. In die Augen ist Oel zu träufeln „zur Erweichung seiner Häute“. Mit dem Finger gehe man in den Anus. Nase und Ohren sind auszutrocknen. Durch Salben und Massieren forme man alle Gliedmassen ihrer Funktion gerecht. Der Nabel wird mit einem Oel-läppchen bedeckt.

Nach dem Bade wird über die Schenkel des Kindes ein reines Wolltuch gebreitet, gross genug, alle Glieder einzuwickeln und alle grazilern Teile festzubinden. Zwischen die geschlossenen Kniee wird ebensolches Wolltuch gelegt. Der Kopf wird mit Tüchern oder reinem Wolltuch bedeckt. Dann wird das Kind an mässig warmem Orte, wo es nicht riecht, noch zu hell ist, auf leicht ausgehöhltes Lager niedergelegt, das nicht zu weich sein darf, dass sich nicht durch langes Liegen das Rückgrat des Kindes krümme; nur mässig weich darf auch der Kopf des Kindes liegen. 40—60 Tage lang wird das Kind gewickelt, so lange bis seine Teile sich gefestigt haben. Geschieht das Befreien von der Wickelung zu früh, so wird der Körper schlaff; die einzelnen Bestandteile der Wickelung werden nach und nach entfernt; das plötzliche Befreien schadet.

3—4 Tage nach der Geburt fällt der Nabel ab; die Wunde wird mit Bleipulver (?) behandelt; die rechte Einsenkung des Nabels zu erzielen, wird ein münzenförmiges kleines Bleistück auf ihm befestigt.

Ist nach den ersten Vornahmen das Kind wieder ruhiger geworden, nach 8—10 Stunden, erhält es die erste Nahrung, die auch der Reinigung des Magens und Leibes zu dienen hat. Man nimmt dazu mässig gekochten Honig, den man anfangs einstreicht oder einträufelt. Ebenso bringt man dann am zweiten Tage dem Kinde die erste Milch bei. Gute (Mutter-) Milch ist leicht weiss, nicht bläulich (?) noch gypsfarben, nicht säuerlich, muss auf den Finger getropft langsam sich ausbreiten, nicht zerfliessen.

(Es folgen einige Fingerzeige über das Anlegen u. s. w. Dann;) Das Kind ist häufig am Tage zu stillen, bald an der rechten, bald an der linken Brust; häufig, da es auf einmal nicht viel bekommt; trinkt es lange, so ermüdet es; gute Milch sättigt es schnell. Eine Regel ist nicht zu geben, man reicht, wenn das Kind begehrt, d. h. wenn es den Mund öffnet, die Lippen bewegt, am befeuchteten Finger lebhaft und weinend saugt, endlich wenn der Leib eingesunken; niemals lasse man vor dem Bade stillen oder im Bade nähren. Indess, wenn das Kind einfach weint, so untersuche man die Einwicklung,

dass sie nicht schneide und drücke (nicht auch auf das, was sie verbirgt? Sp.), dass die Menge der Bedeckungen nicht zu gross, dass nicht die Sonne das Kind erhitze, noch auch, dass es friere; ferner ob es auch nicht zu viel getrunken habe und voll erscheint. Erst wenn man das Alles ausgeschlossen, nimmt man an, dass das Kind Hunger hat.

Nach 1 $\frac{1}{2}$ Jahren (!) ist das Kind abzugewöhnen, oder auch erst nach 2, wenn seine Zähne zahlreicher und fest sind (!). Man gebe ihm dann teigige Bissen (?) in Milch oder Säfte getaucht; zu trinken Wasser, bald auch Wein, zunächst in einem nach der Brustwarze geformten Glasgefässe. Nach und nach kommen Speisen hinzu. Das Anlegen wird allmählich beschränkt, bis es ganz aufgegeben wird; zur Abschreckung bestreicht man die Brustwarzen mit Bitterstoffen. Herumzutragen ist das Kind nur vor der Mahlzeit.

Der Zahndurchbruch beginnt sehr unregelmässig, im Allgemeinen mit dem fünften Monat, unter Juckreiz des Zahnfleisches, Hitze der Kiefer und Rachenschmerz; häufig dringt blutige Flüssigkeit aus Mund und Nase (?). Vom fünften Monat an reibe man deshalb das Zahnfleisch mit Oel, Hühnerfett, Hasenhirn ein, zuletzt aber mit mässig gekochtem Honig. Bei starker Entzündung mache man Kataplasmen und dergl. Die Amme enthalte sich des Weines und mässige ihre Ernährung.

Gegen Jucken, Prurigo werden warme Brustumschläge angewandt und Oel, in welchem etwas Wachs gelöst; gegen „Exantheme“ und Pustelausschläge Alles, was austrocknend und zusammenziehend wirkt; nach dem Bade Uebergiessungen mit warmen Kräuterabkochen; Kataplasmen, Einsalben mit Rosenöl, Cerussa, Alaun. —

Gegen geräuschvolle Verstopfung der Nase gebe man Honigemulsion; gegen leichten Husten Semen lini (wie wohl?), Amygdalae, Succus Liquiritiae, Tragacanth u. dergl. m. Oft kommt Gehirn- und Hirnhautentzündung vor, sodass das Hinterhaupt „concauum fiat“, mit hitzigem Fieber. Gegen Diarrhoe und Verstopfung der Brustkinder gibt man der Amme entsprechende Mittel.

Mit letzterem pathologisch-therapeutischen Salto mortale verlässt der Schreiber den Säugling, um sich der Wöchnerin zuzuwenden. — Der Kritik sind solche Werke selbstverständlich längst entrückt und sie sprechen auch ohne Randbemerkungen. Unter all' dem Wust medizinischen Aberglaubens und Quacksalberei, wieviel finden wir doch bereits auch für unser Urteil und Wissen Vernünftiges und Durchdachtes!

Ganz anders freilich lesen sich einige in meinem Texte nachfolgenden Machwerke, von denen ich dem geduldigen Leser vielleicht später einmal eine Probe geben kann.

Zur Frage des Leberthran-Ersatzes.

Von San.-Rat Dr. L. Fürst, Berlin.

Länger als ein Menschenalter hat der Leberthran für eine Art von Specificum bei Drüsen-Skrophulose und bei Abzehrung in Folge von Tuberkulose gegolten. Zahllosen Kranken, insbesondere Kindern,

ist dieses widerlich-ranzige Oel als Heilmittel gereicht, ja geradezu eingezwungen worden. Selbstverständlich hat der Thran, zumal das frühere, bräunliche Produkt, selbst wenn er mit grösster Selbstüberwindung genommen wurde — nach Aussage einzelner Mütter soll er sogar bisweilen gern genommen werden — oftmals Appetitlosigkeit, Aufstossen, Erbrechen und sonstige Magensymptome, ab und zu auch Darmkatarrhe zur Folge gehabt. Da er zweifellos Fäulnis- und Zersetzungsprodukte enthielt, so waren solche Erscheinungen erklärlich.

Etwas besser schon war der hellgelbe „gereinigte“ Leberthran, welcher durch das Auspressen frischer Lebern und Raffinierung gewonnen wurde. An Geruch und Geschmack weniger widerwärtig, verdrängte er bald den „ungereinigten“ in der Kinderpraxis. Freilich war sein Gehalt an Oelsäure und damit auch seine Emulgierbarkeit im Darmkanal geringer, so dass er weniger leicht resorbiert wurde. Immerhin nahmen ihn die Kinder etwas bereitwilliger, obwohl auch dieses rationeller hergestellte Produkt nicht selten, zumal bei hoher Aussentemperatur, Dyspepsie verursachte und dann einige Wochen ausgesetzt werden musste.

Nach zwei Richtungen hin sind dann Fortschritte zu verzeichnen gewesen. Zunächst war es v. Mering's Verdienst, nachgewiesen zu haben, dass die förmlich traditionell angenommene „spezifische“ Heilwirkung des Ol. jecor., die sich auf minimale Spuren von Jod stützt, ganz illusorisch sei, es sich vielmehr dabei nur um eine verstärkte Fett-Aufnahme handelt.*) Statt des ranzigen Thrans schlug er Olivenöl vor, dem er durch einen Zusatz von Oelsäure diejenige Emulgierbarkeit verlieh, ohne welche eine Resorption undenkbar ist. Dass Fette, Thran, Olivenöl und dergl., ohne einen die Emulgierung begünstigenden Zusatz, die Darmzotten einfach als homogene Schicht überlagern, nur zum kleinsten Teile assimiliert werden, jedenfalls aber „schwer verdaulich“ sind, ist selbst dem Laien wohlbekannt. v. Mering's neues Präparat „Liparin“ erwies sich nicht nur als appetitlicher, sondern auch bezüglich des Nähr-Effekts als gleichwertig. In zahlreichen Fällen habe ich dies bestätigt gefunden.

Andererseits war man aber auch bemüht, den raffinierten Leberthran schon vor seiner Incorporation mittelst Malz-Extrakt in eine Emulsion umzuwandeln, so dass den Verdauungswegen die Arbeit des Emulgierens und die immerhin nicht gerade erwünschte Aufnahme von Oelsäure erspart blieb. Die „Tritole“ der Chem. Fabrik Helfenberg i. S. und Scott's Leberthran-Emulsion sind solche Präparate, welche den rohen Leberthran an Nährwert übertreffen und sich zugleich durch besseren Geschmack auszeichnen.

Seit Jahrzehnten habe ich in geeigneten Fällen als Ersatz für den Leberthran die Butter benutzt, weil ich von der Ansicht ausging, dass diese — als eine Art Emulsion — dem Körper ein völlig naturgemässes, fein verteiltes und reines Fett zuführt, dass sie in der Regel, d. h. wenn die Butter frisch ist, keine Dyspepsie bewirkt und in rohem Zustande vom Kinde stets mit grosser Vorliebe genossen wird. Hundertfältige Anwendung hat mich dies einfache Diätetikum schätzen gelehrt. Man lasse doch dem Kinde, das nur ein Mal Leberthran gekostet hat, die Wahl zwischen 1 Esslöffel Thran

*) Buchheim (Giessen) hat dies schon vor ca. 40 Jahren behauptet. Red.

und 15 g auf Brot gestrichener Butter; es wird keinen Augenblick schwanken, sondern Letzterer den Vorzug geben.

Leichtgesalzene Butter gab ich den kleinsten Kindern, welche einer Erhöhung des Milchfettes bedurften, in Milch und zwar eine reichliche Messerspitze bis $\frac{1}{2}$ Kaffeelöffel auf die Portion. Ich erzielte dadurch teils grösseren Nährwert fettarmer Milch, teils stärkere Geschmeidigkeit der Fäces und Anregung der Peristaltik. Grösseren Kindern von mehr als einem Jahr gab ich, wenn sie chronische Lymphdrüenschwellungen oder Disposition zu Phthise darboten, täglich ca. 30 g Butter, auf Weissbrod gestrichen, als Ersatz des Leberthrans. Ich erzielte durch dieses, Kindern sehr angenehme Verfahren nicht weniger günstige Beeinflussung der Ernährung und der Lymphdrüsen-Abnahme, letzteres allerdings nur durch gleichzeitiges streng antiskrophulöses Regime und eventuell entsprechende Medikation. Ohne dies Beides „resorbiert“ auch der Leberthran keine einzige Lymphdrüse.

Diese Butter-Darreichung an Stelle des Leberthrans habe ich erst aufgegeben, seitdem mir die Ergebnisse der Untersuchungen von Obermüller, Rabinowitsch und Petri bekannt geworden sind, aus denen hervorging, dass zahlreiche Butterproben verschiedener Herkunft echte, virulente Tuberkelbazillen enthielten, wie dies vorher schon von Milchproben aus grossen Misch- und Sammelbetrieben nachgewiesen war. Dass eine bazillenhaltige Butter eine vom hygienischen Standpunkt aus höchst bedenkliche Speise ist, wenn man bedenkt, dass die Butter eine enorme Verbreitung besitzt und meist roh genossen wird, kann keinem Zweifel unterliegen. Es besteht also eine Gefahr für das öffentliche Wohl, die um so höher anzuschlagen ist, als die starke Verbreitung der Rinder-Tuberkulose, zumal im norddeutschen Flachlande und bei älteren, abgemolkenen Kühen, von den namhaftesten Autoritäten konstatiert ist.

Dass nur ein Bruchteil der auf den Markt gelangenden Butter aus sterilisiertem Rahm hergestellt ist und dass Butter an sich nicht sterilisiert werden kann, ohne ihre Konsistenz, und ihren emulgierbaren Zustand zu verlieren, ist bekannt.

Unter solchen Umständen kann der Arzt die Naturbutter nicht mehr mit vollem Vertrauen bei Kindern verwenden, sei es bei gesunden oder bei solchen, die ohnehin durch Anämie, Kachexie, Skrophulose und Phthisis-Verdacht als besonders disponiert zu einer intestinalen Tuberkulose-Infektion anzusehen sind. In solchen Fällen sind ernste Skrupel gerechtfertigt.

Es soll hier nicht darauf eingegangen werden, ob die Fütterungs-Tuberkulose beim lebenden Menschen stets ein positives Resultat, zunächst eine Deponierung von Bazillen in den Mesenterialdrüsen, mit sich bringt. Dass sie dies aber kann, ergibt sich aus den klinischen Erfahrungen über den Ausgang allgemeiner Tuberkulose von lokalisierter Mesenterial-Drüsen-Tuberkulose aus. Es ist oft genug erwiesen, dass diese Drüsen hinsichtlich ihrer ätiologischen Bedeutung gleich nach den allerdings noch häufiger als Eingangspforten dienenden Bronchialdrüsen rangieren.

Aus diesen Erwägungen wandte ich mich von der Naturbutter

als Leberthran-Ersatz ab. Da aber auch die aus minderwertigen Fetten mit Milch geringerer Qualität hergestellte Margarine — wie sich dies in 80% der untersuchten Proben ergeben hat — virulente Tuberkelbazillen enthalten kann, so ist diese, als etwaiger Ersatz für Öl jecor., gänzlich auszuschliessen.

Vor einiger Zeit lernte ich den nach Angabe von Liebreich und Michaelis hergestellten milchfreien Butter-Ersatz kennen, ein aus Mandelmilch und feinsten Fetten unter Zusatz von Sesamöl und etwas Salz hergestelltes Präparat „Sana“ benannt. Sein Aussehen, sein Wohlgeschmack, der kaum von dem der Naturbutter zu unterscheiden ist, seine Haltbarkeit, die z. T. auf die Abwesenheit von Milch zurückzuführen ist, seine auf geringerem Wassergehalte beruhende Ergiebigkeit, die ich im Vergleich mit Naturbutter, auf 5:4 schätze, und sein billiger Preis nahmen mich sofort für das Präparat ein. Gerade dieser letztere Umstand fällt bei den bisherigen antiskrophulösen und antituberkulösen Leberthran-Kuren, wegen ihrer monatelangen Dauer, sehr ins Gewicht.

Es kosten nämlich im Einzelverkauf 100 g:

Liparin	125 Pf.
Tritol	60 "
Ol. jecoris As.	30 "
Naturbutter ca.	30 "
Sana	18 "

Wie ich an anderer Stelle berichtet habe, nahmen 10 gesunde Kinder die Sana gern, vertrugen sie gut und erlitten keine Dyspepsie dadurch. Auch 3 kranken Kindern gab ich sie, wie ich dort berichtete, mit gutem Ergebnis. Zu den letztern sind noch nachträglich 6 kranke Kinder hinzugekommen, so dass ich über 9 (insgesamt) berichten kann.

Es waren dies

- 2 Kinder ($3\frac{1}{2}$ und $4\frac{1}{2}$ J.) mit Drüsen-Skrophulose, chron. Bronchitis, Abmagerung und Phthisis-Verdacht.
- 3 Kinder ($2\frac{1}{2}$, 3 J. 1 Mon. u. 5 J.) mit allgem. Lymphadenitis, chron. Anämie und ungünstiger Ernährung (klin. Bild der Skrophulose).
- 2 Kinder ($1\frac{3}{4}$ und $2\frac{1}{4}$ J.) mit sekundären Lymphdrüsen-Tumoren nach Ekzema cap.
- 2 Kinder ($1\frac{1}{2}$ und $1\frac{3}{4}$ J.) mit Mesenterialdrüsen-Infiltration (Tabes mesaraica) und Kachexie.

Jedes Kind erhielt ca. 3 Tage lang 35—45 g Sana pro die, roh, auf altbackenes Weiss- oder Schwarzbrot, auch auf Schrotbrot und Röstbrot gestrichen. Es erhielt damit ein annähernd gleiches Quantum eines bereits emulgierten, also völlig resorbierbaren, dabei appetitlichen Fettes, wie das übliche Leberthran-Quantum betragen hätte.

Alle nahmen es mit Appetit und, was nicht zu unterschätzen ist, keines verlor die Esslust, während nach Leberthran bekanntlich sehr oft das Gegenteil beobachtet wird.

Mir scheint nach diesen kurzen Vorversuchen die Sana dasselbe in der Ueberernährung mit Fett, sowie in dem Geschmeidigmachen der Fäces zu leisten, wie der Leberthran, aber auf eine für das Kind entschieden angenehmere Weise und ohne Magenstörungen. Inwieweit

die Fett-Anreicherung auf das Grundleiden und die Drüsen-Resorption von Einfluss ist, müssten längere klinische Parallel-Versuche mit Sana und Ol. jecor. ergeben. Doch ist es mir a priori sehr wahrscheinlich, dass letzterer keinen spezifischen Vorzug vor anderen emulgierten Fetten besitzt.

Ueber die Kombination von Sana mit Phosphorsalzen, als event. Ersatz des Phosphorleberthrans in der anti-rhachitischen Behandlung, habe ich Versuche begonnen, die aber noch nicht zum Abschlusse gelangt sind.

Referate.

Ueber die Behandlung der Rhachendiphtherie mit Jodsäure und Wasserstoffsuperoxyd. Von Riegler. (Wiener med. Blätter Nr. 46, 1899.)

R. hat 155 Kinder mit Rachendiphtherie nach folgender Methode behandelt: Im Rachen des Kindes wird mittelst eines Zerstäubungsapparates 3 % Wasserstoffsuperoxydlösung zerstäubt, infolge der reichlichen Sauerstoffentwicklung bildet sich sofort ein weisser, reichlicher Schaum, so lange die Schleimhaut diphtherisch affiziert ist, wird sie dabei weiss gefärbt. Eine halbe Stunde nach diesem Spray wird mittelst eines Pulverbläfers in den Rachen möglichst tief und kräftig eine gute Messerspitze folgenden Pulvers aufgeblasen: .

Rp. Ac. jodic. pulv. 1,0
Sacchar. alb. 10,0

DS. Nach Bericht.

Diese beiden Verfahren werden halbstündlich so lange wiederholt, bis die Exsudate vollständig entfernt sind. In der Zwischenzeit lässt man, wenn möglich, öfters gurgeln mit:

Rp. Acid. jodic. 0,50
Aq. destill. 400,0
Glycer. pur 25,0

Vor jedem Spray soll man zur Vermeidung von Reizung die Lippen mit Vaseline befeuchten. Als Antipyreticum verordnet R. 1—2 gr. Chinaphtol täglich in Dosen von 0,25—0,50 gr, Schliesslich wird stündlich ein Kaffeelöffel folgender Mixtur verabreicht:

Rp. Natr. benzoic. 5,0
Vin. malacens. 100,0

Auch ist es angezeigt, Eisstückchen schlucken zu lassen. Umschläge um den Hals, als Nahrungsmittel Milch. Das Verfahren muss sehr frühzeitig in Anwendung kommen; sobald der Organismus mit Toxinen beladen ist, kann man nicht viel mehr erwarten. R. hatte bei seinen Fällen 6 Todesfälle, welche sämtlich Kehlkopfdiphtherie betrafen.

Dr. Goldbaum - Wien.

Ueber Rötheln- und Erythemepidemien. Von Ad. Schmidt. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 48, 1899.)

Eine grössere Epidemie von Rubeola, die in Graz herrschte, gab

neuerliche Belege für die klinische Selbständigkeit der Röheln gegenüber den Masern. Für das Hautexanthem bei Röheln ist charakteristisch, dass zwischen den gross- oder kleinfleckigen Efflorescenzen Inseln und Streifen normaler Haut bleiben. Ferner wird Anschwellung der Halslymphdrüsen, Röthung der Rachenschleimhaut bei Röheln beobachtet. In differential-diagnostisch zweifelhaften Fällen spricht das Auftreten der Koplik'schen Flecken und der positive Ausfall der Diazoreaktion für Masern. Bei Röheln hat Forchheimer das vorübergehende Auftreten rosenroter, stecknadelkopfgrosser Flecke an Uvula und weichem Gaumen beobachtet. Von den Röheln lässt sich aber ein besonderes Krankheitsbild abtrennen, welches Sch. als „Erythema infectiosum“ bezeichnet. Das augenfälligste Symptom ist ein polymorpher fleckiger Ausschlag, der zuerst und immer an den Wangen zum Vorschein kommt, später auch an der übrigen Gesichtshaut, und der eine Neigung zur Confluenz zeigt. Am Rumpf und ad nates zeigt das Exanthem landkartenförmige Zeichnung, an den Extremitäten gewöhnlich die Form zierlicher Gitter und Netzwerke. Das Erythem verschwindet nach 8—10 Tagen ohne Hinterlassung einer Pigmentierung. Anderweitige Krankheitserscheinungen und subjektives Krankheitsgefühl fehlen oder sind ganz geringfügig. Die Thatsache der Infektiosität des Erythems, welche allerdings geringer ist als die der Röheln und Masern, ist durch Beobachtungen sichergestellt. Die Epidemien treten im Frühjahr und im Sommer auf und erscheint das weibliche Geschlecht stärker betroffen. Säuglinge bleiben verschont. Die Prognose ist günstig, bei der Therapie ist auf Ruhe besonderes Gewicht zu legen, weil in der Reconvaleszenz im Falle körperlicher Anstrengungen Recidive, wie auch Gelenkaffektionen auftreten können.

Dr. Goldbaum-Wien.

Erfahrungen über Anginen im Kindesalter. Von Fischl.

(Prager medizinische Wochenschrift Nr. 45, 1899).

Bezüglich der Aetiologie der exsudativen Anginen hat F. beobachtet, dass in Häusern, welche Stallungen besitzen, Erkrankungen an Angina, speciell die recidivierenden exsudativen Formen, besonders häufig vorkommen; die Jahreszeiten und Erkältungseinflüsse zeigen keinen besonderen Einfluss auf die Frequenz, wohl aber das Wetter, besonders der Beginn einer an einen langen Regen sich anschliessenden trockenen Periode. Die Disposition zur Erkrankung an Angina scheint sich zu vererben, mehr von mütterlicher Seite aus, doch kommt diese Disposition erst nach dem ersten Lebensjahre zum Ausbruche. Die Anginen können Abweichungen vom typischen Verlaufe zeigen: Wiederauftreten des Prozesses bei noch andauerndem Fieber nach Schwund der ersten Beläge, verspätetes Hervorkommen der Tonsillarpröpfe. Recidivierende lacunäre Anginen kommen nicht nur bei Kindern mit chronischer Hypertrophie des lymphatischen Rachenringes vor, sondern auch bei solchen mit kleinen Tonsillen; Albuminurie und Nephritis werden öfters bei Angina beobachtet. Bei Streptococcenanginen beobachtete Verf. Fieberremissionen am Morgen mit Abendtemperaturen von 38—39°. Lähmungen der

Augenmuskeln, des Rachens oder des Herzens gehören zum Bilde der Diphtherie, doch werden sie auch bei einfachen Anginen beobachtet. Die lacunäre Angina beginnt gewöhnlich bilateral, initiale Konvulsionen sind, besonders bei rhachitischen Kindern, nichts Seltenes. Bei schweren Fällen tritt foetider Geruch aus dem Munde auf, die Beeinflussung des Allgemeinbefindens ist eine verschiedene. Die Beläge bei exsudativen Anginen sind nur durch bakteriologische Untersuchung von denen bei Diphtherie zu unterscheiden, Drüsenanschwellungen kommen bei letzteren selten vor. Bei den exsudativen Anginen finden sich Streptococci, *Diplococcus pneumoniae*, *Leptothrix*, Staphylococci. Die Infectiosität der Anginen ist bekannt, die Incubationsdauer beträgt 2—3 Tage, eine Immunität scheint nicht zu bestehen, doch scheinen an recidivierenden exsudativen Anginen leidende Kinder für Diphtherie weniger empfänglich zu sein, Von Komplikationen wurden Rheumatismus und Endocarditis beobachtet. Rücksichtlich der Therapie warnt F. vor der Polypragmasie und empfiehlt als bestes Mittel Rachenspülungen mit $1\frac{1}{2}$ —2 Liter schwacher antiseptischer Lösungen; eine Separation der Fälle und nachträgliche Desinfektion der Umgebung des Kranken sind empfehlenswert.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber chronische gutartige Schilddrüsenatrophie, Myxödema crustum. Von E. Hertoghe. (Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique. 1899. XIII. 3.)

H. ist ein anerkannter Bearbeiter der Fragen: Myxödem, Zwergwuchs, geistige Entwicklungshemmung in ihrem Zusammenhange mit der Schilddrüse. In der vorliegenden Abhandlung finden wir eine Zusammenziehung des Wesentlichen früherer Arbeiten und entnehmen derselben betreffs des Kindesalters Folgendes:

Durch lange gründliche Beobachtungen ist Verf. dazu gekommen, eine Gruppe angeborener mangelhafter Schilddrüsenentwicklung mit chronischen Symptomen im grossen und ganzen der Entwicklungshemmung festzuhalten. Der Zustand ist ererbt. Der Säugling braucht keineswegs schwächlich zu sein, ist oft sogar besonders kräftig und von gesunder Farbe und zarter Haut. Die Zahnung geht träge vor sich, häufig begleitet von Krämpfen und Tetanie. Die Temperatur ist andauernd subnormal. Der Leib entwickelt sich stark, es tritt hochgradige Verstopfung in Erscheinung. Nabelhernien finden sich fast stets. Die ersten Zähne werden unter Bedeckung mit einem grünlichen Belag schnell cariös. Die Sprachentwicklung ist verzögert. Dem gegenüber indess sind die Kinder sehr unruhig, weinen und schreien, erschrecken über Kleinigkeiten, berühren und zerbrechen alles. Bettnässen ist sehr häufig und erstreckt sich oft bis in die Pubertätszeit hinein. Die zweite Zahnung ist ebenso mangelhaft wie die erste, die Zähne nehmen gewöhnlich eine fehlerhafte Stellung ein. Die Kinder lernen schlecht, ihr Gedächtnis ist schwach, die geistigen Fähigkeiten weisen Lücken auf. Sehr häufig sind die Geschlechtsorgane unvollkommen entwickelt und atrophisch, bei Mädchen tritt die Reife erst gegen das 18. Lebensjahr auf, die einmal vorhandenen Regeln sind stark und oft schmerzhaft. Adenoide Wucherungen bilden

sich frühzeitig aus und bessern sich nicht. — Die weitere Lebensgeschichte, den Einfluss von Schwangerschaft und Stillgeschäft, die Erscheinung des Haarausfalls und das spätere Myxödem können wir an dieser Stelle übergehen. — Auf alle diese krankhaften Aeusserungen ist die Verabreichung von Schilddrüsensubstanz von überraschend gutem Einfluss. Durch Beispiele von Wachstums- und Entwicklungsförderung, Besserung der pathologischen Veränderungen jeder Art und durch gute Abbildungen wird dies erhärtet.

Spiegelberg-München.

Die Intubation ohne dauernde Ueberwachung. — Von W. E. Escat. (*Archives internat. de Laryngologie etc.*, Bd. XII. 2; März-April 1899).

In Paris wird von der massgebenden Hospitalschule wie bei uns die ständige Ueberwachung des Intubierten als *conditio sine qua non* der Intubation angesehen und der Grundsatz vertreten: Intubation im Hospital, Tracheotomie im Privathaus und im Spital der Kleinstadt. Verfasser ist einer der wenigen, welche angesichts der unbedingten Vorteile und Erfolge der Intubation mit diesem Grundsatz brechen, und hat, ohne dauernde Aufsicht durch geschulte Hilfe zur Verfügung zu haben, in 25 Fällen des kleinen Hospitals (Dr. Bezy) und 19 der Privatpraxis intubiert. Das Ergebnis waren 28 Heilungen (16 und 12) und 16 Todesfälle (9 und 7), eine Mortalität von 35 %, von der zwei Drittel unter allen Umständen unvermeidbar gewesen wäre und welcher eine solche von 37,5% z. B. im Hospital Trousseau zur gleichen Zeit gegenübersteht. In allen Fällen erschien der Arzt spät auf dem Plane, wie übrigens E. die Intubation überhaupt nicht vor äusserster Stenose vornimmt (was durchaus verfehlt ist. Ref.). Von allen Unglücksfällen sind 3 der ungenügenden Ueberwachung in die Schuhe zu schieben.

Die Erfolge der Intubation ohne Aufsicht sind älter, als die der überwachten. Eine kleine Liste der privaten Erfahrungen aus seinem und den Nachbarländern schickt E. voraus. Die einzelnen seiner eigenen Beobachtungen sind von grossem Interesse, seine Angaben über Ausführung und Instrumentarium der Intubation geben nichts wesentlich Neues. Die plötzliche Verlegung der Tube geschieht in noch nicht 1 % der Fälle, häufiger das freiwillige Ausstossen. Die Extubation nimmt Verf. durch eine „manuelle Emuleation“ vor, lässt also den Faden nicht liegen. Sein Endurteil ist: Solange der Arzt im Notfalle in höchstens 2 Std. erreichbar ist, ist die Intubation im Privathause ausführbar. In der weiteren Umgebung der Stadt tracheotomiere man bei bedrohlicher Stenose nur dann, wenn die Kräfte des Kranken einen bestimmten Erfolg in Aussicht stellen, in allen anderen Fällen nehme man die vorläufige Intubation vor und tracheotomiere, wenn durch diese das Kind sich erholt hat. Auch im Privathause intubiere man erst bei äusserster Stenose, abgesehen von dem Falle, dass man bei Beginn der Nacht vor einen diphtheritischen Kroup tritt. Man wähle die Tube nach dem Einzelfall, nicht nach der absoluten Alterszahl, bevorzuge im Allgemeinen die möglichst grösste und öle stets ein. Man verlasse das Kind nicht, ehe man

sich vom Erfolg der Intubation, der sichern Lage der Tube und der Schluckfähigkeit des Kindes und ähnl. überzeugt hat. Die umgebende Luft ist stets mit Wasserdampf zu sättigen. Das Kind ist im Allgemeinen zweimal täglich zu besuchen, einmal möglichst spät abends. Im Falle sehr trockner Atmung, zähen, die Tube zu verstopfen drohenden Sekretes, träufle man einige Tropfen Mentholöl ein oder wechsele gleich die Tube. Bei plötzlicher Verstopfung kann man das Kind ausserdem oft mit Erfolg „stürzen“. Extubieren darf man nur am Morgen. Nach einer Extubation genügt das Verweilen des Arztes beim Kinde von etwa $\frac{1}{2}$ Stunde, da nach längerer Zeit nur die langsam entstehenden Stenosen, die dem Arzt die nötige Zeit zum Herbeieilen lassen, zu fürchten sind. Ueberhaupt erreichbar muss sich der Arzt natürlich halten. Die Familie hat den Patienten als Schwerkranken, wie jeden andern, zu betrachten.

Spiegelberg-München.

Gesundheitspflege.

Ueber die Ansteckungsgefahr in Eisenbahnwagen. Von Prof. Kobert. (Zeitschr. f. Hyg. 1899.)

Unsere Eisenbahnwagen werden fortwährend ausser von Gesunden auch von solchen Kranken, z. B. keuchhustenkranken Kindern, Tuberkulösen, benutzt, die für die Nebensitzenden und die später denselben Platz einnehmenden eine Quelle der Ansteckung bilden können und ohne Zweifel auch bilden. Alle durch Kuren in Badeorten und Sanatorien erzielten Erfolge sind nur halbe, wenn wir nicht eine fortwährend sich wiederholende Reinigung der Eisenbahnwagen vom bazillenreichen Staube durchsetzen können. Verf. nennt nun eine Reihe eingreifender Vorschläge, um der Ansteckungsgefahr in Eisenbahnwagen vorzubeugen. Der wichtigste davon ist der folgende: Die Benutzung der gewöhnlichen Wagen ist nur Gesunden gestattet. Kranke irgend welcher Art erhalten gegen ärztlichen Schein das Recht, besondere Wagenabteile zu benutzen, die unter sachgemässer Aufsicht alltäglich bezw. nach jeder Benutzung der Formalindesinfektion unterworfen werden. Kranke, welche in die Wagenabteile für Gesunde steigen, werden bestraft und von der Weiterbeförderung ausgeschlossen. Ein so gesunder und berechtigter Kern auch in den Ausführungen des Verfassers liegen mag, so hält Ref. seinen Vorschlag für unausführbar, weil alsdann jeder Eisenbahnzug besondere Wagenabteile für jede ansteckende Krankheit mit sich führen müsste.

Dagegen sind andere Vorschläge, wie z. B. die Aufstellung von Wandspucknäpfen in jedem Coupé sehr leicht durchführbar und wichtig.

Dr. Schmey-Beuthen O.-S.

Rezensionen.

Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Vorträge gehalten an der allgemeinen Poliklinik von Prof. Dr. Alois Monti, Direktor der allgemeinen Poliklinik in Wien. Wien, Urban & Schwarzenberg. 1899. Heft 6—9. Preis pro Heft 2 Mk. 50 Pf.

Heft VI. Das Wachstum des Kindes von der Geburt bis einschliesslich der Pubertät. Mit 3 Holzschnitten.

Heft VII. Das Blut und seine Erkrankungen. Mit 3 Holzschnitten.

Heft VIII. Syphilis und Scrophulose.

Heft IX. Tuberkulose.

Die vorliegenden 4 Hefte schliessen sich in würdiger Weise den bereits erschienenen an und zeichnen sich durch klare Darstellung und grosse Litteraturkenntnis aus. Besonders interessant ist die Darstellung der Erkrankungen des Blutes, bei welcher die modernen Präparate in kritischer Weise ihrem Werte nach gewürdigt werden. Man kann dem Werke, welches in zwanglosen Heften erscheint, nur einen guten Fortgang wünschen, dasselbe kann neben den zahlreichen Lehrbüchern der Kinderheilkunde sehr gut bestehen und ist namentlich dem praktischen Arzte zu empfehlen.

Drews-Hamburg.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Beitrag zur Anatomie des kindlichen Kehlkopfes. Von Galatti. — Als auffällige Eigentümlichkeiten des kindlichen Kehlkopfes führt G. an, dass das Zungenbein in den ersten Lebensjahren auf dem oberen Rande des Schildknorpels liegt und den höchsten Punkt desselben vollständig von vorne her bedeckt. Die Ringknorpelplatte zeigt eine Neigung nach rückwärts, welche bei Neugeborenen am stärksten hervortritt und im Laufe des 4. Lebensjahres verschwindet. Der Eingang zum Ventriculus Morgagni ist im Verhältnisse zum Abstände des Ringknorpels vom Schildknorpel sehr klein. Stimmbänder und Stimmritze sind daher im Kindesalter nicht nur absolut, sondern auch relativ bedeutend kürzer als beim Erwachsenen. Der Appendix des Ventrikels bedeutet beim Kinde die Fortsetzung des ganzen lateralen Sinusanteiles nach aufwärts und nicht nur seiner vorderen Partie, wie beim Erwachsenen. Die engste Stelle im Laryngotrachealrohre entspricht der Ebene des Ringknorpelringes.

(Wien. klin. Wochenschrift 99.)

Goldbaum-Wien.

— A case showing the value of late injections of diphtheria antitoxin. Von A. K. Daldy. — Einem 7 Monate alten Kinde, welches an Diphtherie und Croup erkrankt war, machte Verf. am 8. Krankheitstage eine Seruminjection (1500 E.) und am nächsten Tage eine gleich grosse. Trotzdem stieg die Respiration von 36 auf 42, die Pulszahl und Temperatur blieben auf der gleichen Höhe (156 und 37,5 °). Die beträchtliche Dyspnoe erforderte die Tracheotomie, welche der zweiten Einspritzung angeschlossen wurde. Von da an trat eine nicht unterbrochene Besserung ein. Pneumonie oder Bron-

chitis blieben aus. Am 7. Tage konnte die Kanüle entfernt werden. Völlige Genesung erfolgte. Selbst so späte Antitoxinjection also kann bei bedrohlichen Erscheinungen von Nutzen sein und Erfolg haben.

(Brit. med. Journ. 99.)

v. Boltenstern-Bremen.

— Ein Fall von Arthritis blennorrhoeica bei einem Neugeborenen. Von Ssokoloff. — Es handelte sich um einen Neugeborenen, dessen Mutter 5 Tage vor der Entbindung an einer blennorrhagischen Arthritis des linken Knies erkrankt und nach vier Monaten noch nicht ganz geheilt war. Das Kind hatte bei der Geburt eine purulente Ophthalmie und einige Tage später Anschwellung und Oedem des linken Armes, besonders an dem Ellbogen und der Schulter. Die passiven Bewegungen waren sehr schmerzhaft, aktive Bewegungen wurden nicht ausgeführt. Am 9. Tage trat Contractur des linken Beines auf, das im rechten Winkel zum Leib gebeugt wurde. Versuche der Reduction des Schenkels waren sehr schmerzhaft. Der Schenkel war geschwollen besonders in dem Coxofemoralgelenk. Das Allgemeinbefinden war gut. Das Kind heilte nach mehreren Anfällen, aber nach 4 Mon. bestanden noch Spuren der Ophthalmie.

(Journal de clin. et de thérap. infantiles 1898 No. 9.)

Drews-Hamburg.

— Bezold'sche Mastoiditis bei Kindern. Von Muck. — Bekanntlich verstehen wir unter Bezold'scher Mastoiditis jene Vereiterung des Felsenbeins, bei welcher der Eiter in die Teile unterhalb der Warzenfortsatzspitze durchgebrochen ist. Das anatomische Substrat hierfür ist das Vorhandensein grösserer pneumatischer Hohlräume in der Spitze des Warzenfortsatzes, die bei Kindern zumeist fehlen, weshalb die Bezold'sche Mastoiditis bisher bei Kindern selten und wohl ausschliesslich bei der scarlatinösen Felsenbeineiterung beobachtet wurde, die häufig mit besonders rapider eitriger Einschmelzung des Knochens einhergeht. Auch die drei von M. beigebrachten neuen Fälle sind im Gefolge von Scharlach aufgetreten. Sie heilten nach operativer Eröffnung ohne besondere Komplikationen. Bemerkenswert ist nur, dass hier der Senkungsabscess früher beobachtet wurde, als dies sonst die Regel ist, nämlich durchschnittlich in der 4.—5. Woche nach dem Auftreten des Exanthems.

(Zeitschrift f. Ohrenheilkunde 99.)

Knopf-Frankfurt a. M.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.		Rp.	
Stib. sulfur.	1,0	Zinc. oxydat.	10,0
Lanolin	4,0	Sulf. praecipit.	15,0
Vaselin.	2,0	Terr. silic.	5,0
Mf. ungt. DS. Augensalbe.		Adip. lan.	50,0
Blephar. ciliar.		Aq. fontan.	
(Carra)		Ol. Rap.	aa 10,0
		MDS. Zinkschwefelpaste	
		Ekzome.	(Unna).

Rp.
 Pulv. agar. neutr. 1,0
 Mercur. subl. corr.
 Acid. tartar. aa 0,1
 Aq. fontan. 100,0

MDS. Sublimatagar; kl. Stück-
 chen auf die erkrankten Haut-
 stellen mehrere Male zu zerdrücken.

Erysipel.
 (Ctbl. f. d. ges. Ther.)

Rp.
 Tct. Capsic. 4,0
 Spir. camphor. 40,0
 Mixtur. obos.-balsam. 2,0

MDS. zum Einreiben.
 Perniones.

Rp.

Acid. salicyl.
 Creolin. aa 1,0
 Zinc. oxydat. 3,0
 Vaseline. 20,0
 Lanol. 10,0

Mf. ungt. DS. äusserlich.
 Ekzema.

((Neudörfer).

(Rabow).

Kleine Mitteilungen.

— Ein von den „Rheinischen Nahrungsmittelwerken in Köln“ hergestelltes neues Nährpräparat wird Eulactol genannt. Es enthält 14,28 % Fett, 28,46 % Stickstoffsubstanz, 46,35 % Kohlehydrate (hauptsächlich Milchzucker), 4,27 % Mineralstoffe. Es wird aus der Milch unter Zusatz von Milchzucker, Milch — Eier — und Pflanzeneiweiss hergestellt. Es ist ein feines, weissliches, trockenes Pulver und zeichnet sich nach Versuchen von Dr. Vollmann auf der Senator'schen Klinik, der Dührssen'schen Privatklinik etc., durch angenehmen Geschmack, gute Bekömmlichkeit und hohen Nährwert aus. Der Preis des E. ist im Verhältnis zu seinem Nährwert kein hoher zu nennen (100 g kosten 1 Mark).

Die Firma Georg Härtel in Breslau, Albrechtstrasse, versendet zum Preise von 3 Mark 75 Pf. einen neuen, sehr praktischen Pulverstreuer. Für gewöhnlich wird zur Verwendung von Streupulver in der sog. kleinen Chirurgie trotz mannigfacher Bedenken ein Haarpinsel oder Watte angewendet, mit deren Hilfe man das betreffende Pulver einer Schachtel entnimmt und auf die Wunden, Nähte etc. stäubt. Mittels des Pulverstreuers geschieht dies in sehr zweckmässiger und einwandfreier Weise. Er ist namentlich für die Sprechstunden des praktischen Arztes sehr geeignet, da er bequem und sicher mit einer Hand zu dirigieren ist und eine sparsame, leicht dosierbare Verteilung des Streupulvers auf die Wundfläche zu stäuben, gestattet. Zudem sichert das Fehlen jeglicher Gummiteile — welche unter dem Einflusse solcher Pulver besonders leicht hart und brüchig werden — an dem Instrumente seine grössere Dauerhaftigkeit.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte
herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

Februar 1900.

Heft 2.

Inhalt: Originalien: Esch, Dystrophia musculorum progressiva (Schluss). 26. — Bruck, Die nächtliche Enuresis und deren Behandlung 34. — Referate: Monti, Tuberkulose 38. — Rolly, Masern 39. — Bruck, Ozaena 39. — Biedert, Verdauungsstörungen 40. — Whitney, Periodisches Erbrechen 41. — Höfler, Milchdiät 43. — Bogoras, Zuckerkrankheit 43. — Klein, Anämia infantum pseudolaecimica 45. — Fränkel, Leistenbrüche 46. — Mayer, Heilserum und Thracheotomie 46. — Gesundheitspflege: Concornotti, Ueber die Häufigkeit der pathogenen Bakterien in der Luft 47. — Rezensionen: Eitelberg, Praktische Ohrenheilkunde 47. — Naegeli, Nervenleiden und Nervenschmerzen, ihre Behandlung und Heilung durch Handgriffe, 2. Aufl., 48. — Herzfeld, Hilfs- und Taschenbuch für Vertrauensärzte, 2. Aufl., 48. — Kleine Mitteilungen 48.

Ueber Dystrophia Musculorum Progressiva.

Von Dr. Peter Esch, Volontärarzt an der Kinderpoliklinik von Privatdozent
Dr. J. Lange in Leipzig.*)

(Schluss.)

Das Diaphragma ist wohl intakt, da sich die rechte Lunge beim Atmen in normaler Weise verschiebt.

Die Mm. Glutaei sind völlig atrophisch. Von den abgemagerten Oberschenkelmuskeln fällt vor allem die Atrophie der Mm. Adductores auf.

Die Waden sind relativ hypervoluminös und zeigen bei der Betastung eine derbe Resistenz, während die übrige Muskulatur sich schlaff anfühlt.

Eine an verschiedenen Körperteilen vorgenommene Messung ergab folgendes:

Brust in der Höhe der Achselhöhle	67 cm
„ „ „ „ „ Brustwarze	69 „

*) In Heft 1 irrtümlich als Ass.-Arzt am Kinderkrankenhaus zu Leipzig aufgeführt.

L. Oberarm, Mitte des M. Biceps	16	cm
R. " " " " "	16,5	"
L. " etwas über dem Olecranon	12	"
R. " " " " "	12,5	"
L. Unterarm in der Mitte	14	"
R. " " " " "	14	"
L. Oberschenkel in der Höhe der Gesässfalte	30	"
R. " " " " "	31	"
L. " im mittlern Drittel	29	"
R. " " " " "	29	"
L. Unterschenkel, grösste Wadenumfang	26	"
R. " " " " "	26,5	"

Funktionelle Prüfung:

Stehend zeigt der Kranke ein flügelartiges Absteigen der Schulterblätter vom Thorax. Das Becken ist nach vorne geneigt und die Lendenwirbelsäule lordotisch gekrümmt. Der Patient geht watschelnd mit vorgestrecktem Bauch und zurückgezogener Brust, und knickt leicht im Knie und in der Hüfte ein. Beim Treppensteigen beschreibt er mit dem vorwärtsschreitenden Beine einen Bogen mit der Convexität nach auswärts; dabei unterstützt er das Steigen sehr durch Zug der Arme am Geländer. Beugt er sich nach vorn, so verliert er leicht das Gleichgewicht. Beim Gehen tritt schnell eine Ermüdung ein. Muss der Kranke sich vom Boden erheben, so geschieht dies in der charakteristischen Weise, wie es zuerst Gowers (28) beschrieben hat. Er legt sich zuerst auf den Bauch, zieht die Schenkel in Kniebeuge vor, stützt sich auf die Kniee und sucht gewissermassen an sich selbst emporzuklettern.

Die willkürlichen Bewegungen der Extremitäten sind in unbeschränkter Masse vorhanden. Schwer fällt dem Patienten bloss die Beine zu adduzieren und den Arm über die Horizontale seitwärts zu erheben. Der Widerstand, der durch aktive Bewegungen überwunden werden kann, ist ein geringer.

Fasst man den Patienten unter die Achselhöhle und sucht ihn in die Höhe zu heben, so fahren die Schulterblätter sofort hoch, weil er nicht im Stande ist, dieselben zu fixieren. Beugung, Streckung, Seitwärtsbewegung des Kopfes gehen gut von statten. Es bestehen keine Schluckbeschwerden. Die Hautsensibilität — Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung — zeigt keine Besonderheiten. Spindeln, höhere Sinnesnerven funktionieren ungestört. Patellarreflex vorhanden.

II. Fall.

Der Bruder Carl, 20 Jahre alt, hat in seiner Kindheit, Masern, Keuchhusten und Diphtherie glücklich überstanden. Er lernte mit 14 Monaten das Laufen. Den schleichenden Beginn seiner jetzigen Krankheit bemerkten die Eltern in seinem 14. Lebensjahre. Während er vorher gut turnte und an den Spielen seiner Kameraden voll und ganz teilnahm, begann er jetzt bei grösseren Anstrengungen über Müdigkeit im Kreuz und in den Beinen zu klagen. Besondere Schwierigkeiten bereitete auch ihm das schnelle Treppensteigen.

Status praesens:

Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann, dessen Gesichtsfarbe blass

dessen Gesichtsausdruck frisch aussieht. Die Schädelbildung ist normal. Von Drüsenschwellungen, Oedemen, Exanthenen ist nichts zu bemerken. Das Sensorium ist frei, Intelligenz gut. Die Pupillen sind gleich und reagieren auf Lichteinfall. Die Untersuchung der innern Organe zeigt nichts Abnormes. Kein Fieber.

Im Gegensatz zum ersten Falle kann man bei diesem Kranken eine ziemlich gute Entwicklung der ganzen Muskulatur beobachten. Gesichts- und Halsmuskulatur ist von der Atrophie nicht ergriffen, desgleichen ist die Schultergürtelmuskulatur kräftig; vielleicht ist der Pectoralis major in seinem Volumen etwas vermindert. Infolgedessen ist der oberen Extremität auch die volle rohe Kraft erhalten, und die Bewegungen gehen ungestört von statten. Rücken- und Bauchmuskeln sind voluminös. Es besteht zwar eine geringe Lordose, die eigentlich bloss beim Gange zum Vorschein kommt. Die untere Lungengrenze rechts verschiebt sich bei der Atmung, also scheint das Diaphragma intakt zu sein. Die Mm. glutaei sind flach und etwas atrophisch. Der M. Quadriceps und die Mm. Adductores sind deutlich abgemagert, während Waden- und Fussmuskeln normal sind. Infolgedessen ermüdet Patient rasch beim Gehen und er steht nicht besonders fest auf den Beinen; und das Treppensteigen macht ihm einige Schwierigkeiten. Fibrilläre Zuckungen sind nicht vorhanden. Die Haut ist an allen Körpergegenden normal verfärbt. Auch Temperaturunterschiede sind nicht wahrzunehmen. Die Sensibilität ist in allen ihren Qualitäten intakt.

Sphincteren und höhere Sinnesnerven funktionieren ungestört.

III. Fall.

Die 21jährige Schwester Marie überstand in ihrer frühesten Kindheit Keuchhusten, Masern und Spitzpocken; sonst war sie ein gesundes lebhaftes Kind. Die ersten Zähne kamen im 7. Monat und mit einem Jahre hat sie das Laufen gelernt.

Die jetzige Krankheit begann mit dem 6. Lebensjahre. Die Eltern führen das Leiden auf eine Erkältung zurück, die Patientin nach einem unfreiwilligen kalten Bade erlitten hat. Vordem war es ein dickes Kind, das sich an den Spielen seiner Freundinnen mit Interesse beteiligte. Auch bei ihr bemerkten die Eltern zuerst das schwerfällige Treppensteigen, während die obere Extremitäten noch intakt erschienen. Doch bald zeigte sich in den letztern eine merkliche Ungeschicktheit. Bald nachher ging sie bloss mehr auf den Zehenspitzen mit einwärts gerollten Beinen. Dabei war sie die beste Schülerin und ertrug ihr rasch progredierendes Leiden mit grösster Geduld. Im 14. Jahre traten bei der Patientin die Menses ein, die 3—4 Tage dauerten und regelmässig waren. Sie suchte auch im Jahre 1895 die hiesige Universitätskinderklinik auf, aber leider ist die Krankengeschichte verloren gegangen.

Status praesens:

Patientin ist ein mittelgrosses kräftig aussehendes Mädchen. Die Gesichtsfarbe ist frisch und lebhaft gerötet, während der Gesichtsausdruck leidend und teilnahmslos ist. Die Schädelbildung ist symmetrisch. Nichts zu bemerken ist von Drüsenschwellungen, Oedemen und Ausschlag auf der Haut. Das Fettpolster ist enorm entwickelt.

Die Zunahme des Fettes begann erst nach dem Jahre 1895, während die Kranke früher mager war. Das Sensorium ist frei, die Intelligenz gut entwickelt. Auf Fragen giebt sie allerdings langsam und teilnahmslos Antworten. Die Pupillen sind gleich, von mittlerer Weite und reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Untersuchung der innern Organe lässt keine Abweichungen von der Norm erkennen. Der Urin ist klar, ohne Eiweiss. Kein Fieber.

Beim Betrachten der Patientin fällt der athletische Bau der Arme und die Dicke der untern Extremitäten auf. Ja, die untern Extremitäten erinnern geradezu an Elephantiasis. Bei der Palpation hat man jedoch nicht das Gefühl der prall-elastischen Resistenz des Muskelgewebes, sondern meist des weichen Fettgewebes; nur die Wadenmuskulatur fühlt sich enorm derb an, was wohl auf Wucherung des interstitiellen Bindegewebes beruht. Im Gesicht sind die Falten verstrichen, was wahrscheinlich auf starker Entwicklung des Panniculus adiposus beruht, da die mimischen Funktionen ungestört von statten gehen. Die Augen-, Zungen-, Schlund- und Kehlkopfmuskulatur ist von der Atrophie nicht ergriffen; bei ihnen haben sich nie Störungen gezeigt.

Am Halse ist von den Mm. Sternocleidomastoidei die sternale Portion vor allem ergriffen, während die Scaleni keine Veränderungen darbieten.

An beiden Oberarmen ist die Beugemuskulatur hochgradig atrophisch. Beim Biceps und Brachialis internus sind sozusagen keine Muskelfasern mehr durchzutasten und man fühlt bloß das schwammige Fettgewebe. Im Gegensatz dazu sind die Mm. Tricipites hypervoluminös zu nennen. Auch den Supinator longus scheint der degenerative Krankheitsprozess in seinen Bereich gezogen zu haben. Die kleinen Handmuskeln sind beiderseitig vollständig normal.

An den Muskeln des Thorax und des Schultergürtels ergeben sich folgende Verhältnisse:

Die Pectoralmuskeln sind fast völlig geschwunden und von den Mm. Serrati anteriores ist nichts mehr nachzuweisen. An ihrer Stelle ist Fettgewebe, während an Stelle des M. Deltoidens sich eine Grube befindet. Stark pseudohypertrophisch sind auch die Mm. Supra- und Infraspinati, die Mm. Cucullares, die Mm. Rhomboidei, die Mm. Levatores anguli scapulae, die Mm. Latissimi dorsi und die Erectores trunci.

Das Diaphragma ist auch in diesem Falle intact, wenigstens verschiebt sich rechts die untere Lungengrenze in normaler Weise.

Beim Pressen kontrahieren sich die Bauchmuskeln.

An der unförmlichen Verdickung der untern Extremität beteiligen sich besonders die Glutaei und am Oberschenkel die Mm. Adductores und der Quadriceps. Am Unterschenkel sind die Waden in ihrem Volumen enorm vermehrt und geben einen derben Palpationsbefund, während die übrige Muskulatur normal ist; desgleichen zeigen die Fussmuskeln nichts Anomales.

Eine an verschiedenen Körperteilen vorgenommene Messung ergab folgendes:

L. Oberarm, Mitte des M. Biceps	23	cm
R. " " " " "	23	"

L. Oberarm, etwas über d. Olecranon . . .	19	cm
R. " " " " " " . . .	19,5	"
L. Unterarm in der Mitte	20	"
R. " " " " " "	20	"
L. Oberschenkel in der Höhe der Gesässfalte	49	"
R. " " " " " " "	49,5	"
L. " " ungefähr in der Mitte . . .	48	"
R. " " " " " "	48	"
L. " " oberhalb der Patella	41,5	"
R. " " " " " "	41,5	"
L. Unterschenkel, grösster Wadenumfang . .	36	"
R. " " " " " "	36,5	"

Funktionelle Prüfung. Diese Patientin zeigt auch ein flügel förmiges Abstehen der Schulterblätter vom Thorax, was aber wegen der hochgradigen Lipomatose nicht so auffällt. Die Wirbelsäule ist im Ledenteil hochgradig lordotisch gekrümmt; der Bauch nach vorne gestreckt; die Brust zurückgezogen. Die Füsse stehen in beträchtlicher Equinusstellung und nach innen rotiert. Das freie Stehen ist unmöglich und beim Gehen muss sie unterstützt werden; dabei ist der Gang watschelnd und der Oberkörper balanciert gleichsam auf den unteren Extremitäten. Das Treppensteigen sowie das Erheben aus liegender Stellung ist unmöglich. Interessant ist, wie sie sich aus sitzender Stellung erhebt. Es ist dies bloß möglich, wenn vor ihr ein Tisch steht und der Stuhl nicht zu niedrig ist. Sie beugt zunächst ihren Oberkörper nach rückwärts und giebt sich gleichsam einen Schwung nach vorwärts, stützt sich mit der Brust gegen den Tisch und mit den Händen auf die Kniee. Hat die Kranke sich so etwas erhoben, so stützt sie dann die Ellenbogen und schliesslich die Hände auf den Tisch. Oft verlässt sie bei dieser Anstrengung die Kraft; sie ruht etwas aus, und macht einen erneuten Versuch.

In der Rückenlage ist das Heben der Beine fast unmöglich, ebenso die Flexion im Kniegelenk. Desgleichen sind die Bewegungen der obern Extremitäten beschränkt, so die Beugung des Vorderarms; die Seitwärtshebung des Armes über die Horizontale ist unmöglich; dagegen gelingt die Pronation und Supination der Hand; und die Bewegungen der Finger werden sogar mit grosser Geschicklichkeit ausgeführt wie dies beim Stricken zu beobachten ist. Der Widerstand, der durch aktive Bewegungen beseitigt werden kann, ist ein geringer.

Fasst man die Patientin unter die Achselhöhle und sucht sie zu heben, so fahren die Schultern sofort in die Höhe. Beugung, Streckung und Seitwärtsbewegung, sowie Rotation des Kopfes gehen gut von statten.

Die Patellarreflexe sind schwach vorhanden, desgleichen sind die Hautreflexe herabgesetzt. Die elektrische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden, da die Kranke in Wurzen untersucht wurde; jedoch hat sich bei der frühern elektrischen Prüfung im hiesigen Kinderkrankenhaus nichts von E. a. R. gezeigt. Fibrilläre Zuckungen sind nicht vorhanden. Die Haut ist an allen Körpergegenden normal gefärbt. Die Hautsensibilität (Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung) ist vorhanden.

Sphincteren, höhere Sinnesnerven funktionieren ungestört.

Es besteht eine starke Kontraktur der Wadenmuskulatur.

Als IV. Fall in derselben Familie lässt sich vielleicht die 18jährige Schwester Emma anführen. Auch sie begann in ihrer Jugend eine Unsicherheit in den Beinen zu zeigen und ermüdete allzu rasch beim Gehen. Jetzt tritt sie zuerst mit der Hacke auf und zeigt noch immer diese Unsicherheit und Ungeschicklichkeit. An den Muskeln selbst ist nichts nachzuweisen, ebenso sind die Muskeln der oberen Extremitäten intakt. Die Patellarreflexe und die Hautreflexe sind vorhanden. Die Lendenwirbelsäule ist nicht lordotisch gekrümmt und der Gang ist nicht watschelnd. Sie kann gut Treppen steigen, aber das Springen fällt ihr etwas schwer. Sollte diese Patientin nicht auch von demselben Leiden befallen sein, das aber stationär geblieben ist und vielleicht später fortschreitet?

In den drei ersten Fällen wurde die Diagnose auf „Dystrophia musculorum progressiva“ gestellt. Halten wir uns an das alte Schema, welches folgende Formen der Dystrophia muscul. progr. unterscheidet:

1. Pseudohypertrophia muscul. progr.
2. Hereditäre Muskelatrophie (Typus Leyden)
3. Juvenile Muskelatrophie (Typus Erb)
4. Infantile Muskelatrophie mit Gesichtsbeteiligung (Typus Landouzy — Déjérine),

und versuchen wir unsere Krankheitsfälle unter irgend eine Rubrik einzureihen.

Gehört der I. Fall zur Form No. 2 oder 3? Der Typus Leyden tritt ja grade familiär auf und beginnt mit Schwäche im Kreuz und in den untern Extremitäten. Er beginnt im zarten Alter, wie sich der Autor dieser Krankheitsform vorsichtig ausdrückt. Aber die oberen Extremitäten werden meist erst nach Jahren ergriffen und es besteht fast immer eine Pseudohypertrophie, sodass Möbius sogar Form Nr. 1 und 2 für identisch erklärte.

Die juvenile Atrophie tritt im Kindes- und Jünglingsalter auf und befällt sowohl die untere als auch die obere Extremität. Mit der Atrophie combinirt sich häufig eine wahre oder falsche Hypertrophie vor allem der Mm. Deltoideus, Supra- und Infraspinatus, Teretes, Triceps etc.

In unserm Falle ist grade der M. Deltoideus vollständig verschwunden, ebenso sind der Supra- und Infraspinatus stark abgemagert. Am leichtesten kann man diesen Fall wohl zur „juvenilen Muskelatrophie“ rechnen, trotzdem überhaupt keine Pseudohypertrophie besteht.

Den zweiten Fall muss man wohl zur „hereditären Muskelatrophie“ zuzählen, obgleich das Leiden nicht im zarten Alter begann und obgleich keine Pseudohypertrophie besteht. Vielleicht wird die obere Extremität noch mehr afficiert und ein späterer Untersucher kann die „juvenile Form der Muskelatrophie“ diagnosticieren.

Bei oberflächlicher Betrachtung möchte man den III. Fall als einen rein pseudohypertrophischen hinstellen. Aber die „Pseudohypertrophia muscul. progr.“ beginnt gewöhnlich mit den ersten Gehversuchen, ja sie kann sogar angeboren sein. Dazu hat sich in unserem

Falle die Lipomatose erst nach 9jährigem Bestehen der Krankheit eingestellt.

Das letztere passt auch nicht ganz in den Rahmen der „juvenilen Form“, desgleichen nicht der vollständige Schwund des M. Deltoideus und der Muc. Infra- und Supraspinati. Dies könnte im Anfange eine „hereditäre Muskelatrophie“ gewesen sein, die sich zur „juvenilen Muskelatrophie“ entwickelt hat, wofür ich ihn jetzt halte.

Sieht man in dieser Beziehung das zahlreiche casuistische Material durch, so gewinnt man häufig den Eindruck, dass die angeführten Krankheitsfälle in eine dieser Rubriken „eingezwängt“ sind. Daraus ergibt sich, dass die Scheidung der „Dystrophia muscul. progr.“ in diese Unterabteilungen mangelhaft und unbrauchbar ist. Mangelhaft ist die Einteilung wohl deshalb hauptsächlich, weil als charakteristische Merkmale der einzelnen Formen die Zeit des Auftretens der Krankheit und die mehr oder weniger auftretende Pseudohypertrophie angeführt werden. Jedenfalls wäre es einfacher und vielleicht auch zweckmässiger bloss mehr von „Dystrophia muscul. progr.“ zu reden, und zur näheren Kennzeichnung des einzelnen Falles z. B. hinzusetzte: mit vorzüglichem Befallensein der unteren oder oberen Extremität, oder im anderen Falle combinirt mit Pseudohypertrophie, oder im dritten Falle bloss von allgemeiner Dystrophia muscul. progr. zu reden eventuell combinirt mit Pseudohypertrophie; schliesslich wäre die eventuelle Beteiligung des Gesichtes noch zu erwähnen. Bei dieser Einteilung wäre die Zeit des Auftretens des Leidens gar nicht berücksichtigt.

Eine besondere Scheidung der Pseudohypertrophie in vier Unterabteilungen, wie sie Damaschino (29) gegeben hat, dürfte höchstens theoretisches Interesse haben.

Die Besonderheiten unserer Fälle sind zum Teil erwähnt; es ist noch zu berichten das frühe Auftreten der hochgradigen Contractur im Falle III.

Das Vorhandensein der verschiedenen Formen der Krankheit in einer Familie möchte ich noch als Beweis der im ersten Teil der Arbeit aufgestellten Behauptung anführen, dass die „Dystrophia muscul. progr.“ eine nosologische Einheit ist, welche 1) die Pseudohypertrophie, 2) die hereditäre Form der Muskelatrophie (Leyden), 3) die juvenile Form (Erb), 4) die infantile Form mit Gesichtsbeteiligung (Landouzy-Déjérine) unter diesem Begriffe zusammenfasst. Dass auch Nr. 4 zur „Dystrophia muscul. progr.“ gehören kann ich natürlich bloss durch analogen Schluss und gestützt auf die Ausführungen Erb's behaupten.

Aetiologisch bringen die beschriebenen Krankheitsfälle nichts Neues. Sie machen wieder auf den grossen Einfluss der Heredität, auf die ärmlichen Lebensverhältnisse, schlechte Wohnungen, ungenügende Beleuchtung und Ventilation, ferner auf reichlichen Kindersegen aufmerksam. Deutlich sprechen sie aber dagegen, dass die „Nimbia exercitatio“ einen ätiologischen Einfluss habe, weil das Leiden schon in der Kindheit begann. Interessant ist die Angabe der Eltern, dass sie die Krankheit im Falle III auf Erkältung zurückführen. Es wäre möglich, dass diese Erkältung ähnlich wie man es von den Infektionskrankheiten, Masern, Scharlach, Diphtherie annimmt, die vorhandene latente Läsion aus ihrem Schlummer geweckt hätte.

Was Prognose und Therapie anlangt, so ist die erstere quoad vitam non pessima, wohl aber quoad sanationem; da wir trotz zahlreicher angewandter innerlicher und äusserlicher Mittel, ich nenne Elektrizität, Hautpflege, Massage, Frottieren mit Moorsalzen keinen Fall von Heilung zu verzeichnen haben. Ueber operative Versuche die pathologische Schulterstellung zu verbessern berichtet Eiselsberg (30) Er empfiehlt die Naht der beiden Scapulae aneinander beziehungsweise der Scapula an die Rippe. Zur Nachbehandlung giebt er passende Apparate an. Prof. Lépine berichtet von einem Falle von „Myopathie progr. améliorée par la Médication thyroïdienne“. Er konnte zwar keine Zunahme des Muskelvolumens konstatieren, glaubte aber, dass die Contractionsenergie wachse. Dies sind die neuesten Versuche der Therapie.

Am Schlusse meiner Arbeit gestatte ich mir das Resultat derselben kurz zusammenzufassen:

1) Der Begriff „Dystrophia musculorum progressiva“ fasst die Pseudohypertrophie, die hereditäre Form der Muskelatrophie (Leyden), die juvenile Form (Erb), die infantile Form mit Gesichtsbeteiligung (Landouzy-Déjérine) zusammen, und bildet eine nosologische Einheit.

2) Die „Dystrophia musculorum progressiva“ ist neurotischen Ursprunges. Bei Obductionen ist mehr auf den Gehirnbefund zu achten.

3) Die alte Einteilung der „Dystrophia musculorum progressiva“ in

1) Pseudohypertrophia musc. progr.

2) Hereditäre Muskelatrophie (Typus Leyden)

3) Juvenile Muskelatrophie (Typus Erb)

4) Infantile Muskelatrophie mit Gesichtsbeteiligung (Typus Landouzy-Déjérine)

ist nicht sehr zweckmässig. An ihre Stelle gestatte ich mir folgenden Vorschlag zu machen:

1) Allgemeine Dystrophia musculorum progressiva, eventuell combinirt mit wahrer oder falscher Hypertrophie.

2) Dystrophia musculorum progressiva mit besonderem Befallensein

a) des Gesichtes

b) der obern

c) der untern Extremitäten eventuell combinirt mit wahrer oder falscher Hypertrophie.

Litteratur.

1. Van Swieten: Commentarii in H. Boerhave aphorismos 1750.
2. Abercrombie: Pathological and practical researches on diseases of the brain and the spinal cord 1834.
3. Ch. Bell: Phys. und path. Untersuchungen des Nervensystems dsch. von Romberg 1832.
4. Griesinger: Arch. für Heilkunde 1865.
5. Aran: Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire. Arch. gen. de med. XXIV. 1850.
6. Duchenne: Union médicale 1852.
Ipse: Bulletin de thérapeutique 1853.
7. Cruveilhier: Arch. gen. de méd. 1856.

8. Luys: Gaz. méd. de Paris 1860.
9. Clarke: Méd. chir. transact. 1866.
10. Hayem: Arch. de la phys. norm. et path. 1869.
11. Friedberg: Pathologie und Therapie der Muskellähmung. Weimar 1858.
12. Jaccoud: Communication à la société des hospitaux 1864.
13. Friedreich: Ueber progressive Muskelatrophie, über wahre und falsche Hypertrophie. Berlin 1873.
14. Lichtheim: Arch. für Psych. 1878 Bd. VIII.
15. Friedr. Schultze: Ueber den mit Hypertrophie verbundenen progressiven Muskelschwund und ähnliche Krankheitsformen. Wiesbaden 1886.
16. Leyden: Klinik der Rückenmarkskrankheiten Bd. II. 1876.
17. Möbius: Ueber die hereditären Nervenkrankheiten Volkm. Samml. klin. Vorträge 1879.
18. W. Erb: Handbuch der Elektrotherapie 1882 (v. Ziemssen' Handb. d. allg. Therapie Bd. III.
Ipse: Ueber juvenile Form der Muskelatrophie u. ihre Beziehungen zur sogenannten Pseudohypertrophie der Muskeln (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. XXXIV. 1884.)
Ipse: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1891.
19. Landouzy-Déjérine: De la myopathie atrophique progressive (myopathie sans neuropathie) débutant d' ordinaire dans l' enfance par la face (Rev. de méd. 1885).
Ipsi: Nouvelles recherches cliniques et anatomopathologiques sur la myopathie progressive (Rev. de méd. 1886).
20. Knoll: Wiener medizinische Jahrbücher 1872.
21. Dujardin-Beaumetz: L' union médicale 1880 XXX.
22. Heubner: Ein paradoxer Fall von infantiler progressiver Muskelatrophie. Wagner-Festschrift 1887.
23. Schulz: 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 1889.
24. Preisz: Arch. für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten 1889.
25. Borgherini: Dtsch. Arch. für klin. Med. 1884.
26. Bisping: Inaug. Dissert. Kiel 1898.
27. Pick: Arch. für Psych. und Nervenkrankheiten 1876.
28. Gowers: Lancet July 1879.
29. Damaschino: Gaz. des hôp. 1892.
30. Eiselsberg: Arch. für klin. Chir. LVII. 1898.
31. Quinke: Dtsch. Arch. für klin. Med. 1888.
32. Strümpell: Specielle Pathol. und Therapie.
33. Hensch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten.
34. Israël: Inaug. Dissert. Freiberg 1891.
35. Veiga de Souza: Inaug. Dissert. Kiel 1888.
36. Reitmaier: Inaug. Dissert. Würzburg 1893.
37. Cohn: Inaug. Dissert. Erlangen 1893.
38. Marcuse: De atrophia muscul. progr. Berlin 1856.
39. Günther: Inaug. Dissert. Berlin 1884.
40. Marr: 2 Fälle von Pseudohypertrophia musc.
41. Charité-Annalen 1892 XVII.

42. Gast: Inaug. Dissert. Leipzig 1898.
 43. Jahresbericht über Neurologie und Psychiatrie 1897.
 44. Zeitschriften: Verschiedene Jahrgänge der Berl. klin. Wochenschrift; des neurol. Centralblattes; des Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten; des dtsh. Arch. für klin. Med. und der dtsh. Zeitschrift für Nervenheilkunde.

Die nächtliche Enuresis und deren Behandlung.

Von Dr. Leopold Bruck in Budapest.

Bei genauer Durchsicht der die Enuresis berücksichtigenden Casuistik fällt es merkwürdig auf, wie sehr die Ansichten bezüglich dieses eigenartigen Uebels auseinandergehen und wie der eine und der andere Autor physiologisch geklärte Thatsachen übersieht, um Hypothesen ephemeren Wertes aufzustellen. Von dem lobenswertem Eifer beseelt, bestreben sich Einzelne, die Pathogenese der Enuresis mit Zuhilfenahme scharfsinniger Theorien zu entziffern und auf dunkle Punkte derselben strahlendes Licht zu werfen; ein Vorgehen, das leider aus greifbaren Gründen eitles Bemühen blieb. Denn bei dem Akte der Enuresis, wo einerseits Erscheinungen zur Geltung kommen, die sich auf Bahnen abspielen, deren wirklicher Zusammenhang mit dem Gehirn, namentlich mit den motorischen Ganglienzellen, nur supponiert wird, und wo andererseits auch der Wille und Traum tangiert wird — Aequivalente, die der Psychophysiologie angehören —, kann sich die Forschung nicht frei bewegen und muss sehr oft auf bekannte klinische und pathophysiologische Symptome zurückgreifen, um auftauchende Lücken auszufüllen. Bei einer funktionellen Störung, wie die Enuresis, müssen die einfachsten Veränderungen, vor Allem die anatomischen, genau studiert und ein sicheres physiologisches Fundament gelegt werden; dann ist es möglich, eine Pathogenie zu schaffen, die für die Therapie von Nutzen ist und Alles zu vermeiden, was Irrtum ist oder an Irrtum grenzt. Schon die Begriffsbestimmung der Enuresis erheischt die peinlichste Genauigkeit, soll sie nicht mit Inkontinenz verwechselt werden. Ultzmann giebt uns diesbezüglich eine vortreffliche Definition; er versteht unter Enuresis den unwillkürlichen Abgang normalen Harnes bei sonst normalem Harnapparate im Kindesalter. Es sind demnach nicht nur die Fälle ausgeschlossen, wo diese Funktionsanomalie hervorgerufen wird durch Missbildungen, Praeputialsteine, entzündliche Vorgänge an den Genitalien, sondern jede Enuresis, die auf hereditärer Belastung, schlechter oder mangelhafter Erziehung, auf Furcht vor dem Alleinsein im Finstern oder auf Faulheit, dem natürlichen Bedürfnisse nachzugeben, beruht. Diese Form von Enuresis ist eine numerisch beschränkte.

Der Wert der allgemeinen Körperschwäche darf bei dem Zustandekommen dieser Krankheit nicht zu hoch angeschlagen werden; so erwähnt Köster¹, dass in 20 von ihm beobachteten Fällen nur 7 sich durch schwachen Körperbau oder Blutarmut auszeichneten, die übrigen 13 dagegen kräftige, zum Teil sogar blühende Individuen

waren und Williams² fand unter seinen 62 Kranken nur 12 schwach entwickelte. Das Leiden beginnt regelmässig nach dem Zahnen mit dem 2.—3. Lebensjahre, wo die Kinder ihre Sphincteren schon beherrschen gelernt und verschwindet mit Eintritt der Pubertät gewöhnlich — oft ohne jeden ärztlichen Eingriff — für immer. Nicht selten tritt diese Krankheit ohne jede nachweisbare Ursache bei Kindern auf, die in den ersten Lebensjahren vollkommen gesund waren und bleibt dann Jahre lang stationär. Eine besondere Eigenheit der Enuresis ist, dass sie Kinder betrifft, deren Schlaf so fest ist, dass man sie umziehen und umzubetten vermag, ohne dass sie erwachen. Die Harnentleerung ist stets reichlich und erfolgt im kräftigen Strahl, zumeist in den ersten Stunden nach dem Schlafengehen oder kurz vor dem Erwachen. Im wachen Zustande urinieren derartige Kinder eben so gut, wie andere Menschen. Wie weit der Traum bei der Entstehung der Enuresis mitwirkt, ist schwer zu entscheiden, sind wir doch ganz auf Erinnerungen solcher Kinder angewiesen, die sich schämen, möglicherweise auch vor einer Strafe fürchten.

Um das Wesen der Enuresis zu begreifen, muss man sich die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Blase und Harnröhre — so weit sie hier in Betracht kommen — genau vergegenwärtigen. Die kindliche Blase hat, wie Mayet³ und auch andere gefunden, eine birnförmige Gestalt und variiert in ihrer Grösse und Capacität; sie ist ohne krankhaft zu sein bei schwächlichen Kindern sehr oft stark entwickelt und auch umgekehrt. Bei der Urinausscheidung kommen an der Blase zwei Muskeln, Detrusor und Sphincter vesicae, zur Geltung, beide sind vegetativ und bilden insgesamt einen Hohlmuskel, dem auch nur die einzige Funktion zukommt, bei der Contraction den Hohlraum allseitig zu verkleinern und den Inhalt zu entleeren (Henle⁴). Der Uebergang der Harnflüssigkeit aus der Blase in die Urethra — der Rückgang in die Uretheren ist wegen ihrer Schiefstellung unmöglich gemacht — kann nur durch Erschlaffung einer gewissen Muskelgruppe erreicht werden, vor allem des Constrictor urethrae, dann des Diaphragma urogenitale (Levator prostatae, M. transversus perin, M. m. ischio — cavernosi — und M. m. bulbo-cavernosi). Bei Schluss der Harnentleerung contrahieren sich alle die hier angeführten Muskeln, infolgedessen Blasenhalshals und Urethralkanal sich genau anpassen und so die Blase schliessen. — Die Abdominalmuskeln und das Diaphragma urogenitale unterstützen nur die Blasenmuskeln in ihrer Funktion, die Harnentleerung erfolgt in erster Linie durch Contraction der Blase selbst.

Was die Nerven anbetrifft, welche diese Teile versorgen, haben Goltz und Freundberg nachgewiesen, dass im Lendenmark des Hundes ein Centrum liegt, das die Harnentleerung selbständig, ohne Mitwirkung des Gehirns regulieren kann und Zeissl⁵ fand, dass die entnervte Blase sich selbst innerviert, also autochthone Centren besitzt. Zum Gehirn gehen durch das Rückenmark Nervenbahnen, denen es zukommt, dem Centrum Kenntnis von der Blasenfüllung zu geben und vom Gehirn aus wird der Constrictor urethrae willkürlich innerviert. Der Sitz dieses Centrums liegt angeblich im Gyrus sigmoid.

In der leeren, oder schwach gefüllten Harnblase legt sich die

Schleimhaut in Falten, unter welchen besonders die als *luette vésicale* bekannte bemerkenswert ist, die einen natürlichen Klappenverschluss gegen das *Orificium internum urethrae* bildet. Durch *Contractionen* beider *Uretheren* wird in kurzen Zwischenräumen Harn in die Blase befördert, diese stetig entfaltet und der Druck innerhalb derselben mehr und mehr gesteigert, bis eine Verstreichung des Schleimhautverschlusses erfolgt. Natürlich wird auch mit dem stufenweisen Ansteigen der Flüssigkeit in der Blase deren Wandung gedehnt, was eine Zerrung der Blasenwandungsnerven mit sich bringt. Diese Erregung wird zum Gehirn reflektorisch fortgeleitet und dort als Harnblasenfüllung empfunden. Mit zunehmender Füllung der Blase wird schliesslich ein Moment eintreten, wo der *Detrusor* und *Sphincter* sich das Gleichgewicht halten, dieser genügt, dass sich die Schwere der Flüssigkeit geltend macht, den *Sphincter* durchstreichend in die hintere Harnröhre eindringt und dort als starker Reiz empfunden wird, infolgedessen sich der *Compressor urethrae* allsogleich contrahiert und den Urin wieder in die Harnblase regurgitiert. Sobald aber der *Sphincter internus* unfähig wird, den intravesicalen Druck zu überwinden, bleibt der gefüllte Blasenhalss stabil und der Harndrang besteht ununterbrochen, bis der tonisch contrahierte äussere Blasenröhrensphincter ermüdet und erschlafft; dem Harndrang steht nun nichts im Wege, er erfolgt gegen unseren Willen.

Diese Auseinandersetzungen ergeben, dass unter normalen Verhältnissen nicht nur die Blasenfüllung, sondern auch deren Entleerung reflektorisch begonnen und vollendet werden; denn vegetative Muskeln dilatieren und contrahieren die Blase, die vom Willensorgan ganz unabhängig innerviert werden, der Wille kommt nur bei der zeitweiligen tonischen *Contraction* des *Constrictor urethrae* und auch nur im wachen Zustande zur Geltung.

Einem Experimente gleich kommt der von Monakow zitierte Fall, der schlagend für die Reflexthätigkeit der Blase eintritt; er betrifft einen 26jährigen Mann, dessen Autopsie eine aussergewöhnlich rudimentäre Entwicklung der Grosshirnklappen ergab, im Leben vollkommen blöd, erfolgt die Harnentleerung normal.

Ganz wie bei Tage geschieht die Füllung der Blase in der Nacht nur wird, wie Schatz^o gefunden, infolge Herabsetzung des intraabdominellen Druckes durch Liegen im Bett, mehr Harn abgesondert; nichtsdestoweniger wird, obwohl der Blasenmuskeltonus nachts geschwächt ist, nur bei einem geringen Teil der Kinder der Blasenverschluss eröffnet in den ersten Nacht- oder ersten Morgenstunden, zu einer Zeit, wo, wie Czerny nachgewiesen, die tiefsten Schlafkurven vorkommen. Es ist durchaus logisch, wenn man supponiert, dass derartige Kinder einen minderwertigen *Sphincter internus* haben; bei Tag vollkommen normal, können sie ihres aussergewöhnlich tiefen Schlafes wegen den Harnreiz nicht empfinden.

Enuresis ist demnach eine zeitweilige Anomalie der Harnentleerung, die Kindern eigen ist, deren Schlaf sehr fest ist und die bis auf einen minderwertigen *Sphincter internus* einen normalen Harnapparat besitzen.

Diese Auffassung des Leidens erlaubt uns, mit Beiseitesetzung

der Empirie und symptomatischer Mittel, eine rationelle zielbewusste Therapie zu verfolgen, welche darin gipfelt, den Sphincter internus zu schonen, bis die Schlafkurven wieder normal werden.

Einen besonderen Beweis für den Connex der Sphincterfunktion und des Schlafes finden wir in einer Beobachtung Mendelsohn's, wo „bei einem älteren Knaben die nächtliche Enuresis mit dem Auftreten einer akuten Urethritis wie abgeschnitten sistierte: sehr erklärlicherweise, denn der nun auf die Schleimhaut ausgeübte schmerzhafte Reiz war jetzt stark genug, den Kranken zum Erwachen zu bringen.“

Suggestion und mechanische Behandlung scheinen hier die berufenen Heilfaktoren zu sein. Die erste Empfehlung der seelischen Behandlung stammt von F. v. Niemeyer⁷, und obwohl Lebert⁸ v. Niemeyer glossiert, nimmt Henoeh trotzdem bei der Behandlung der Enuresis einen sehr skeptischen Standpunkt ein und leugnet den Wert irgend welcher Methode ausser der Suggestion. Cullère⁹ veröffentlicht die Heilerfolge der Suggestion bei 24 Personen, wovon 22 von ihrem Leiden befreit wurden. Eine Sitzung genügte schon; ausnahmsweise waren mehrere notwendig. Die Technik ist die denkbar einfachste und verlangt keine Vorkenntnisse. Man lässt den Kranken in einen Lehnstuhl setzen, leitet seine Gedanken auf die Hoffnung einer sicheren Heilung und bringt ihn durch Fixation des Blicks in leichte Hypnose. Auch wenn diese nur eine ganz oberflächliche ist, wirkt die Suggestion. C. benutzt folgende Phrasen bei der Hypnose: „Sie werden zu bestimmter Stunde erwachen und urinieren.“ „Sie werden das Bedürfnis fühlen — oder — du wirst nicht mehr in's Bett pissen.“ —

Die mechanische Behandlung besteht in der Hochlagerung des Unterkörpers bei bettnässenden Kindern und wurde zu allererst von Van Tienhofen im Haag geübt und von Stumpf¹⁰ und Mendelsohn¹¹ weiter empfohlen. Nach Stumpf's Anweisung legt man die Kinder mit dem Oberkörper ganz eben und schiebt unter den Kopf ein dünnes, kleines Kissen, unter die Beine ein starkes Polster, so etwa, dass die letzteren mit der horizontalen Wirbelsäule einen Winkel von 130—150° bilden.

Mendelsohn empfiehlt, die Betten derart stellen zu lassen, dass das Fussende höher zu stehen kommt als der Kopf. In beiden Empfehlungen kommt der aus den Nieren fließende Urin im Blasenfundus zu stehen und die Berieselung des Sphincter internus wird vermieden.

Meine Beobachtungen erstrecken sich auf drei Kinder im Alter von 9—12 Jahren; sie gehören armen Eltern an, leiden schon lange an Enuresis, sind sonst gesund und haben gesunde Geschwister. Nach mehrwöchentlicher Hochlagerung (nach Stumpf's Anordnung) trat bei allen drei vollkommene Heilung ein. Die Hochlagerung muss die ganze Nacht beibehalten und von den Angehörigen überwacht werden. —

Litteratur.

1. G. Köster. Ueber Aetiologie und Behandlung der Enuresis. Deutsch, med. Wochschr. No. 23 1896.

2. Enuresis in children. The Bost. med. and surg. journ. 12. März 1896.
3. H. Mayet. Anatomie et Chirurg. de la vessie chez l'enfant. Thèse 1897.
4. L. Henle. Lehrbuch der Physiologie 1888. Seite 543.
5. Max v. Zeissl. Ueber die entnervte Blase. (Wien. klin. Wochschr. 1896. No 20.)
6. Schatz. Die Druckverhältnisse im Unterleibe des nicht belasteten etc. Menschen. Arch. f. Gynäkol., B. V., S. 222.
7. F. v. Niemeyer. Spec. Path. u. Therap., II. T., Seite 79., 1868.
8. Lebert. Enuresis. Ziemssen Handb. der spec. Path. u. Ther. IX. Bd. Seite 379.
9. Cullère. Behandlung der Enuresis durch Suggestion. La méd. m. 1896. No. 68. Referiert v. Goldberg-Köln.
10. I. Stumpf. Ein einfaches Verfahren zur Beseitigung der Enuresis noct. Münch. med. Wochschr. 1895. No. 24.
11. M. Mendelsohn. Die nächtliche Enuresis und deren Behandlung. Berl. kl. Wochschr. 1895. No. 49.

Referate.

Tuberkulose im Kindesalter. Von A. Monti. (Wiener Klinik, 1899, 7. und 8. Heft).

In dieser sehr umfassenden Arbeit hat Verf. ein Gesamtbild dieser heutzutage im Mittelpunkt des allgemeinen Interesses stehenden Krankheit, wie sie beim Kinde sich entwickelt und verläuft, gegeben. Es wird zunächst eine kurze Uebersicht über den Erreger, den Tuberkelbacillus, mitgeteilt, aus welcher hervorgeht, dass derselbe im Stande ist, lokal sowohl als auch durch die in seiner Substanz enthaltenen chemischen Stoffe und seine Stoffwechselprodukte toxisch zu wirken. Am häufigsten dringt der T.-B. bei Kindern auf dem Wege der Schleimhäute und Lymphgefäße in die Bronchialdrüsen, Lunge und Pleura, dann in Pericard, Myocard, Leber, Milz, Gehirnhäute und schliesslich Gehirn selbst ein. Bei Kindern unter 5 Jahren kommt besonders häufig Tuberkulose des Darmes, der Mesenterialdrüsen etc. vor. Verf. bespricht dann die versch. Ansichten über foetale Infektion, er leugnet das Vorkommen derselben nicht. Meist aber erfolgt die Infektion erst nach der Geburt. Die Tuberkulose ist im Kindesalter sehr häufig und kommt in allen Altersstufen vor, das Geschlecht ist ohne Einfluss. Diesen Ausführungen folgt eine Schilderung der Miliartuberkulose, der Tub. der Lungen, der Bronchialdrüsen, des Darmes und der Mesenterialdrüsen, welche auf patholog. Anatomie, Symptome, verschiedenartiges Auftreten, Verlauf und Diagnose ausführlich eingeht. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Zum Schluss giebt Verf. genaue Anleitungen für Prophylaxe und Therapie. Keine tuberkulöse Mutter darf ihr Kind selbst stillen. Bei Auswahl einer Amme muss mit peinlichster Sorgfalt vorgegangen werden. Die event. künstliche Ernährung soll mit einem dem Alter des Kindes angepasstem Gemenge von Milch und Molke geschehen. Die Impfung soll nur bei besteh. Blattern-

gefahr schon im ersten Lebensjahr vorgenommen werden. Schwächliche Kinder halte man bis zu ihrer Kräftigung vom Schulbesuch fern. Bei Verdacht auf Tub. resp. bei beginnender nehme man system. Ernährungskuren mit Kumys, Kefir oder Milch vor und bringe die Kinder in eine gute Luft, welche möglichst sauerstoffreich und keinen besonderen Temperaturschwankungen unterworfen sein soll. Der geeignetste Sommeraufenthalt für Kinder ist das Mittelgebirge. Für den Winter empfiehlt Verf. besonders die Tiroler Luftkurorte.

Was die medikamentöse Therapie betrifft, so erwartet Verf. am meisten Erfolg von der noch auszubauenden Serumtherapie. Die bisher angewendeten Mittel haben nur symptomatische Wirkung und besitzt keines vor dem andern einen Vorzug. Eine eigene besondere Behandlungsmethode giebt Verf. nicht an.

Behrens-Karlsruhe.

Zur Frühdiagnose der Masern. Von Rolly. Münch. med. Wochschr. 1899. No. 38.

R. beobachtete 78 Masernfälle, von denen in 24 die Koplik'schen Flecken vor dem Auftreten des Exanthems nachzuweisen waren, und zwar trat dasselbe $\frac{1}{4}$ —4 Tage später auf. Die Flecken waren meist an der Schleimhautseite der Wangen gegenüber den Backzähnen am zahlreichsten, an den Lippen nur spärlich, dagegen fanden sich niemals welche an der Zunge, dem weichen oder harten Gaumen etc. Dieselben waren meist kleiner als ein Stecknadelkopf; in den frühesten Stadien waren sie am kleinsten und nahmen dann im Verlaufe an Grösse etwas zu. Sie stellten sich in solchen von Anfang bis zu Ende beobachteten Fällen anfangs als nur wenig erhabene, bläulich-weiße, runde, scharf umgrenzte Pünktchen dar, die mit einem kaum sichtbaren Ring von geröteter Schleimhaut umgeben waren. In den nächsten Tagen wurden dann die Pünktchen etwas grösser, prominierten mehr, der sie umgebende gerötete Schleimhautring wurde deutlicher und breiter, der Aussenrand desselben wurde unregelmässig. Die Flecken verschwanden, ohne Laesionen der Schleimhaut zu hinterlassen. Sie confluieren niemals. Die Zahl der Flecken schwankt in weiten Grenzen. R. schliesst sich den Ausführungen Slawyk's an, der 6—20 und mehr auf der Wangenschleimhaut zählte.

Ueberhaupt nicht beobachtet wurden die Flecken in 11 Masernfällen; bei einigen dieser Fälle war die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass, als die betr. Patienten in Behandlung kamen, die Flecken schon verschwunden waren.

Alle anderweitig untersuchten Patienten, die an Scarlatina, Schweissexanthemen, an fieberhafter Bronchitis, Pneumonie, Angina, Influenza, Diphtherie, Stomatitis aphthosa etc. litten, zeigten keine Koplik'schen Flecken. Dieselben sind also nicht nur für die Frühdiagnose von grosser Bedeutung, sondern auch in differentialdiagnostischer Beziehung ein sicheres Hilfsmittel. Schnell-Egeln.

Die Behandlung der genuinen Ozaena mittels der permanenten Tamponade. Von Bruck. (Allgem. med. Central-Zeitung. 1899. No. 74.)

Die permanente Tamponade ist kontinuierlich, ohne Unterbrechung anwendbar und dadurch allein fähig, jedwede Borkenbildung und damit den spezifischen Fötör dauernd zu beseitigen. Nachdem zunächst bei Beginn der Behandlung ohne Nasendouche nur mittels der Gottstein'schen Tamponade die festhaftenden Krusten von ihrer Unterlage losgelöst und durch nachfolgendes Ausschrauben ohne Mühe entfernt sind, wird zu gleicher Zeit in jede erkrankte Nasenseite ein den individuellen Verhältnissen angepasster Streifen von hydrophilem Mull eingeschoben und damit die kranke Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung so locker bedeckt, dass eine vollkommen ausreichende Nasenatmung beiderseits stattfinden kann. Ein solcher Mullstreifen kann auch vorübergehend, aber immer nur auf einer Nasenseite, zwecks energischerer Wirkung durch den Gottstein'schen Wattetampon ersetzt werden.

Sobald ein Mullstreifen von eitrigem Schleim vollständig durchtränkt ist, muss er sofort durch den einfachen Schnaufakt entfernt werden. Nachdem dann noch durch abermaliges Schnaufen die Nasenhöhle von den zurückgebliebenen Sekreten befreit ist, wird unmittelbar darauf ein neuer Streifen eingeführt.

Die genannte Methode wird mit Vorteil auch angewendet bei der fötiden atrophischen Rhinitis, namentlich wenn dieselbe mit abnormer Weite des Nasenlumens einhergeht. Die ausschliessliche Beseitigung des Fötörs nach geschehener Sekreteintrocknung, zu welchem Zwecke Hamm neuerdings die Citronensäure empfohlen hat, ist zu verwerfen.

Schnell-Egeln.

Ueber diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen der Kinder. Von Biedert. Sep.-Abdr. a. d. Archiv f. Kinderheilkunde. XXVII. Band. Stuttgart, Ferd. Enke, 1899. Preis 2 Mark 60 Pf.

Im ersten Teil der Arbeit werden die Verdauung und die Entleerungen des Kindes sowohl bei Mutter-, als auch bei Kuh-Milchnahrung behandelt. Die Muttermilchstühle sind breiig, sauer und können unbeschadet des Wohlbefindens der Kinder viel Fett enthalten. Alkalische Reaktion mit gleichmässiger, weich-derber Beschaffenheit gehört den normalen, schwach stinkenden Stuhlgängen bei Kuhmilch-ernährung an. Saure Reaktion bei Kuhmilchstühlen deutet auf mangelhafte Resorption irgend eines Bestandteiles, meistens des Fettes, aber auch des Zuckers, der Stärke. Als Folge von Eiweisszersetzung treten alkalische, reiche, dünne, bröckelige, stark stinkende und eitrige Kuhmilchstühle auf, zuweilen auch wässrige. So schwankt die Kuhmilch-ernährung auf einem ziemlich scharfen Grad zwischen saurer Dyspepsie bzw. Fettdiarrhöe und einer die erlaubte Grenze überschreitenden alkalischen Zersetzung einher.

In demselben Abschnitt wird dann noch die Untersuchung der Stühle in der für den Praktiker notwendigen Beschränkung abgehandelt. „Die tägliche Kontrolle des Stuhlgangs in Verbindung mit genauem Bericht über Zahl der Stühle, Nahrung und Gewicht des Kindes ist viel wichtiger, als das tägliche Betrachten des Kindes.

Und doch thun viele Aerzte noch das letzte mit Andacht, das erste gar nicht.“

In „die Entstehung und die Arten der Verdauungsstörungen des Kindes“ beharrt Verf. auf seinen von Anbeginn eingenommenen Standpunkte, dass die infolge der Schwerverdaulichkeit des Kuhcaseïns entstehenden Reste unresorbierter Eiweissmassen den Herd schädlicher Zersetzung und den Nährboden für Wucherung der Pilze liefern und dass dem gegenüber andere Schädlichkeiten nur eine minderwertige und zufällige Rolle spielen.

Unter Berücksichtigung der zur Ernährung notwendigen Calorien werden in „Die Nahrung des kranken Kindes“ die mannigfaltigen Präparationsmethoden und Präparate besprochen und am Schluss die vom Verf. auch schon anderwärts erhobene Forderung der Herstellung einer keimfreien rohen Milch und von Versuchsanstalten für wissenschaftliche Ernährung berührt.

Den grössten Raum nimmt der Bestimmung des Buches gemäss „Das praktische Vorgehen beim kranken Kind“ ein. Das durchgehende Prinzip bei der Behandlung war, auf Medikamente immer mehr zu verzichten, aber die Kinder auf das Mindestmass von Nahrung und einzelnen Nährstoffen zu beschränken, das noch vertragen wurde. Auch vom Calomel hält Verf. nicht viel. — So richtig und so wünschenswert es ist, dass das Drauflos-Medizinieren bei den Kindern eingeschränkt werde, wo es noch besteht, ebenso sehr muss man sich vor dem anderen Extrem hüten. Dies gilt besonders für die Praxis; ich glaube nicht, dass man hier ohne Calomel auskommen wird, wenn man nicht über einen grossen Ueberfluss an Zeit verfügen kann. —

Die Behandlung in einfachen Fällen hat, wie schon angedeutet, mit Reduzierung der Nahrung auf das erträgliche Mass zu beginnen. In schwereren Fällen Entleerung des Magens durch Ausspülung und Reduzierung der Nahrung event. Wasserdiät. Darauf hat sich die Ernährung den Verdauungsverhältnissen des Kindes anzupassen. Gegenüber dem Gewicht, den Leistungen der Verdauung, den Stühlen sind die Menge der Nahrung, die Verdünnung der Milch, die Zugabe von Zucker, Fett, von präparierten Kohlehydraten zu regeln, wo es darüber hinaus vielleicht noch nötig erscheint, Zugabe besonders verarbeiteter Eiweissstoffe zu versuchen, zu rechter Zeit Brei mit zu benutzen.

Eine grosse Anzahl von Tabellen und Krankengeschichten erläutert das Besagte.

Köppen-Norden.

Periodisches Erbrechen bei Kindern. Von Whitney. (Arch. d. méd. des enfants Nr. 6, 1899. — Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 5, 1899).

Das Erbrechen bei ganz kleinen Kindern ist eine banale Erscheinung, die nur im Zusammenhange mit anderen Symptomen Bedeutung hat. Im späteren Kindesalter ist der Wert des Erbrechens ein grosser. Abgesehen von dem Erbrechen, welches den plötzlichen Ausbruch einer schweren Erkrankung ankündigt, und den verschiedenen Arten des toxischen Erbrechens giebt es ein ziemlich dunkles und

sehr wenig bekanntes Krankheitsbild, welches sich durch mehr oder weniger periodische Anfälle von Erbrechen ohne jedes andere klinische Symptom äussert. Das plötzliche Auftreten des Erbrechens, seine Wiederholung, die relativ lange Dauer (1, 2, 3 Tage), ferner die cyklische Entwicklung stempeln dieses Symptom zu einem Krankheitszustande, den Leyden vor 17 Jahren als periodisches Erbrechen bezeichnet hat und den W. als cycling vomiting bezeichnet. Er berichtet über einen 8½-jährigen Knaben, der nach fieberhaften Prodromalerscheinungen Erbrechen bekam, welches etwa 12 Stunden anhielt, obgleich das Kind Tags zuvor nichts zu sich genommen hatte. Das Kind erbrach schleimig-wässrige, von Blutstreifen durchzogene Massen, hatte weder Kopf- noch Bauchschmerzen. Nach zwei Tagen besserte sich der Zustand ohne jede Behandlung. Dieser kurze Anfall hätte an sich kein besonderes Interesse, wenn nicht schon in den letzten zwei Jahren fünf ähnliche Anfälle vorangegangen wären. Im allgemeinen wiederholten sich diese Anfälle etwa alle drei Monate, obgleich die Diät des Kindes ausserordentlich sorgfältig überwacht wurde. Der erste Anfall hielt fünf Tage an, das Erbrechen war unstillbar und verursachte einen Collaps und starke Abmagerung. Ein zweiter Fall betraf ein 11-jähriges, schwaches, sehr blasses Kind von gichtischen Eltern, welches schon vom ersten Lebensjahre an alle 5 bis 6 Monate Anfälle von galligem Erbrechen bekam. Später häuften sich die Anfälle so, dass sie alle 4—6 Wochen auftraten. Im letzten Jahre sind die Anfälle sehr hastig und dauern 48 Stunden, werden von Fieber und Kopfschmerzen begleitet. Das Kind hat eine grosse und schmerzhaft Leber. W. hält den Zustand für eine Magenneurose, und in der That ist keinerlei Art anatomischer Veränderung des Magens vorhanden. Gegen eine besondere Gastritis spricht das intermittierende Auftreten, die kurze Dauer und das Fehlen von Schmerzen. Von einer Verdauungsstörung kann keine Rede sein, da das Erbrechen auch bei leerem Magen auftritt. Eine gewöhnliche Aehnlichkeit zeigt diese Erkrankung mit der Migräne. Die gemeinschaftlichen Züge sind der intermittierende Charakter und die Intoleranz des Magens. In manchen Fällen alternierten sogar die Anfälle von Migräne und cyclischem Erbrechen. Das Krankheitsbild ist fast immer dasselbe. Nach einem 12- bis 24stündigem Prodromalstadium bestehender Müdigkeit, trockener Zunge, Appetitlosigkeit tritt plötzlich schweres, zuweilen unstillbares Erbrechen auf, welches spontan bei Zufuhr der geringsten Menge von Flüssigkeit auftritt. Anfangs wird die Nahrung erbrochen, dann aber eine sehr saure, blutig gestreifte Flüssigkeit. Die Temperatur steigt zuweilen um 2—3 ° und bleibt bis zum Ende des Anfalles erhöht. Das Allgemeinbefinden ist mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen, der Bauch ist immer eingezogen. Sowie das Erbrechen aufhört, stellt sich der Appetit wieder ein und die Verdauung nimmt ihren normalen Verlauf. Dies der typische Anfall. Es giebt aber auch Varianten. Bei manchen Kindern beginnt der Anfall mit Convulsionen, in manchen Fällen ist auch Dyspnoe vorhanden, die an das Bild des dyspeptischen Asthmas erinnert. Die Aetiologie dieses Zustandes ist ziemlich dunkel. Nach manchen Autoren handelt es sich um einen toxischen, nach

anderen arthritischen Ursprung. Die Behandlung besteht namentlich in sorgfältiger Diät in den anfallsfreien Zeiten. Von Medicamenten ist wenig zu erwarten, in schweren Fällen muss man jedoch zu Morphium-Injektionen, eventuell zu subcutanen Kochsalzinfusionen schreiten. Um das Wiederauftreten des Anfalles zu vermeiden, empfiehlt es sich, reflektorische Reizungen, geistige Ueberanstrengungen zu vermeiden. Die Diät ist eine einfache, nicht reizende, wenig Fleisch, Amylacea, Milch und Eier, alkalische Wässer.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Milchdiät. Von Höfler. (Arch. für Kinderheilk., 27. Bd., 5. und 6. Heft.)

Auf Grund 25jähriger Erfahrungen an dem Badeorte Krankenheil-Tölz fügt H. zu den ohnehin bekannten Anzeigen des Milchdiät noch die Notwendigkeit einer Jod- oder Quecksilbercur hinzu. Gelingt es, neben einer solchen noch eine reichliche Zufuhr von Kuhmilch einzulegen, so sind die Erfolge derselben viel anhaltender.

Die Durchführung einer mit reichem Milchgenusse verbundenen gemischten Kost macht bei einem Kinde, welches an Milchgenuss gewöhnt ist, keine besonderen Schwierigkeiten, wohl aber bei dem mit Kaffee, Chokolade, Bier, Wein etc. verzogenen älteren Kinde. Hier entspringt der Widerwille gegen Milch immer aus dem Umstande, dass sie nicht verdaut wird. Man muss sie verdaubar machen, dadurch, dass man alles vermeidet, was den Magen reizt. Man vermeide absolut den Genuss von Bier, Wein, Obst (auch Compot, Obstkuchen) und essigsauen Salaten. Abends vermeide man namentlich Rührei, Kartoffelsalat, fette Mehlspeisen etc. Man vermeide bei der Morgenmilch, die nüchtern genossen wird, jeden den natürlichen Milchgeschmack deckenden Zusatz, auch nur geringster Mengen von Kaffee, Thee oder Chokolade. Man vermeide das kalte Abendessen. Man trinke die Milch niemals kalt. Man genieße sie für sich, nie als durststillendes Getränk nach fettreichen oder sonst reizenden Mahlzeiten. Man trinke sie zu ganz bestimmten Tageszeiten, am besten nüchtern, und dann 3--4 Stunden nach dem Mittagessen bzw. 2 Stunden nach dem Abendessen. Manchmal empfiehlt es sich, die Milch zu salzen, wenn eine Atonie der Magenschleimhaut besteht. Cognaczusatz vermeide man ganz bei Kindern. Man steige allmählich mit der Milchmenge. Die anfangs sich einstellende Neigung zu Kotverhärtung behandle man nie mit Abführmitteln. Wenn Kochsalz-Zusatz nicht genügt, gebe man einen Einlauf. Bei schmerzhafter Kolik mit Diarrhoe muss auf 2--3 Tage mit jeder Milchzufuhr sistiert werden.

Bei besonders hartnäckigem Widerwillen versuche man 1 Tasse warme Milch nüchtern 1--2 Stunden vor dem Aufstehen; darauf Milch und Thee als eigentliches Frühstück, um bald zur reinen, d. h. nicht gemischten, stets warmen Milch als Frühstück überzugehen.

Schnell-Egeln.

Zur Kenntnis der Zuckerkrankheit im Kindesalter. Von Bogoras. (Archiv f. Kinderheilkunde 26. Bd. III. u. IV. Heft.)

B. stellt eine Reihe von Fällen von Diabetes mellitus im Kindesalter aus der neueren Litteratur zusammen und schliesst daran 30 bisher noch nicht publicirte Fälle aus den Berliner Krankenhäusern an.

Was versteht man unter Diabetes mellitus im Kindesalter? Der Nachweis geringer Zuckermengen im Urin der Kinder genügt noch nicht, um diese Krankheit festzustellen, da im Kindesalter kleinere oder grössere Zuckermengen im Urin vorkommen können, ohne dass ihnen die Bedeutung eines Diabetes mellitus zuerkannt werden darf. Der ganze Symptomencomplex muss bei der Beurteilung dieser Krankheit in Betracht gezogen werden. Es scheint sich auch nicht um eine einheitliche Krankheit zu handeln, zumal da in der neueren Zeit experimentell festgestellt ist, dass die Leber, das Pankreas, einige Teile des centralen wie peripherischen Nervensystems und die Nieren eine wichtige Rolle in der Zuckerfürsorge des Gewebes im menschlichen Organismus spielen.

Der Diabetes kommt im Kindesalter nicht sehr häufig vor, mit dem Alter nimmt er stetig zu. Das weibliche Geschlecht ist etwas stärker vertreten als das männliche. Als veranlassendes Moment steht die Heredität obenan. Nicht selten wird ein Trauma angeschuldigt. Auch die Infectionskrankheiten, wie Morbilli, Intermitten, Diphtherie, Typhus, Influenza etc. werden erwähnt. Von übrigen Krankheiten werden Magencatarrh, Morbus maculosus und andere zufällige Krankheiten erwähnt. Von Baginsky wird noch besonders die Syphilis hervorgehoben. Ausserdem werden von den verschiedenen Autoren noch unpassende Diät, Erkältung, Kummer, Erregung, Durchnässung etc. als veranlassende Momente angegeben.

Der klinische Verlauf der Krankheit zeigt ein gut ausgeprägtes, constantes Bild. Man hat gewöhnlich zwei Stadien: das der Latenz und das acute oder Endstadium. Im ersten Stadium haben die Kinder gewöhnlich keine Klagen; die Diurese ist vielleicht etwas gesteigert, ein etwas vermehrtes Durstgefühl wird nicht beachtet, nur die stetige, wenn auch sehr allmähliche Abmagerung bei gewöhnlich sehr gutem Appetit und guter Verdauung lassen daran denken, dass der Organismus unter der Krankheit zu leiden hat. Kommt das Kind in diesem Stadium zur Behandlung, so kann der Zuckergehalt vermindert werden oder gänzlich für einige Zeit verschwinden. Manchmal ohne jede erklärliche Ursache, manchmal unter dem Einfluss eines Traumas oder einer ganz leichten intercurrenten Erkrankung entwickelt sich plötzlich oder allmählich das Endstadium. Das Kind ist abgemagert, die Haut auffallend trocken und spröde, etwas abschuppend. Die Temperatur der Haut ist subnormal, es besteht Jucken; Erytheme, Eczeme, Furunkel sind oft vorhanden. Drüsenschwellungen und leichte Oedeme kommen häufig vor. Aus dem Munde ist ein deutlicher Obstgeruch wahrzunehmen. Der Puls ist beschleunigt. Die Lebergegend ist sehr empfindlich und die Leber selbst etwas vergrössert. Der Speichel reagiert meistens sauer, es besteht Stuhlverstopfung oder manchmal auch Diarrhoe. Ferner besteht Erbrechen, Enuresis nocturna et diurna, manchmal bei den Mädchen Scheidenausfluss. Sehr oft klagen die Kinder über Leibschmerzen, auch Wadenkrämpfe treten oft ein. Ein quälendes Durstgefühl stört den Schlaf, sehr oft auch ein gesteigertes Hungergefühl.

Die Urinmenge ist auffallend vermehrt, die Zuckerausscheidung geht der Urinmenge meistens parallel. Der Urin ist meist eiweissfrei, enthält aber reichlich Aceton und Acetessigsäure. Manchmal ist auch die Diazoreaction gut ausgesprochen. Die Kinder sind verstimmt, launisch, verdriesslich. Nach Wochen oder vielleicht Monaten schliesst das Leiden gewöhnlich unter dem Bilde des Coma.

Die Complicationen spielen bei dem jugendlichen Diabetes keine Rolle. Ab und zu wird Tuberculose, sowie Pneumonie verzeichnet. Die Prognose der Krankheit ist als durchaus schlecht zu bezeichnen. Der Schwere der Erkrankung entsprechende Veränderungen werden bei der Section nicht gefunden. Der Leichenbefund ist fast immer negativ, die Leber kann etwas vergrössert sein, zeigt aber keine mikroskopischen Veränderungen, ebenso wenig die Milz und das Pankreas. Ein häufiger Befund ist die Glykogendegeneration des Nierenepithels, was wohl auch als eine secundäre Veränderung angesehen werden darf.

Was den Stoffwechsel des diabetischen Kindes anbetrifft, so ergibt sich zunächst, dass die Zuckerausscheidung bei Kohlehydrat-freier und reicher Kost von der Eiweiss- resp. Stickstoffaufnahme ganz unabhängig ist. Weiter ergibt sich, dass bei der kohlehydratfreien Kost die Zuckerausscheidung fortbesteht, dabei aber weit an Menge die Kohlehydrate der Nahrung übertrifft. Daraus folgt, dass bei der Darreichung der Kohlehydrate nur ein Teil des ausgeschiedenen Zuckers aus den Kohlehydraten der Nahrung stammt. Der andere Teil muss eine andere Quelle haben. Diese ist dann das Fett, erst in letzter Linie wird das Eiweiss zu der Zuckerbildung zugezogen.

Schneil - Egeln.

Die Eisensomatose nebst einigen Bemerkungen über sog. Anämia infantum pseudoleucämica. Von Stanis. Klein (Therap. Monatsh. 10/99.)

Verfasser, Primararzt am Krankenhause in Warschau, hat die Eisensomatose in einigen 30 Fällen von verschiedenen Leiden angewandt; zunächst bei Magenkranken, in Fällen von nervöser Dyspepsie, von Hyperacidität und Gastrosucorrhoe, sowie in einem Falle von Ulcus ventriculi. Alle diese Kranken vertrugen das Mittel ausgezeichnet und auch der allgemeine Zustand besserte sich. Dergleichen bildete in mehreren Fällen von Darmkatarrh Eisensomatose eine gute Ergänzung der Diät und leistete treffliche Dienste.

Am besten war jedoch die Wirkung der Eisensomatose in Fällen von Blutarmut. Hier stieg z. B. der Hämoglobingehalt von 38 % nach zweiwöchentlichem Gebrauch von Eisensomatose auf 60 % und nach weiteren 4 Wochen auf 96 %; in einem anderen Falle von 45 % nach Verlauf von 5 Wochen auf nahezu 100 %.

Vorzüglich waren insbesondere die Resultate bei Anaemia infantum pseudoleucaemica, deren Krankheitsbild Verf. ausführlich schildert. In 23 zur Beobachtung gelangten Fällen war meist nach 1—2 Monaten Besserung und sogar vollständige Genesung zu constatieren und der endgiltige Erfolg nur der Eisensomatose zuzuschreiben, in Folge der günstigen Vereinigung beider Einflüsse des

Eisens auf die Blutzusammensetzung und der Somatose auf die Ernährung.

Ueber Radikaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen.

Von Alex. Fränkel. (Centralblatt f. Chirg. 1899, Nr. 47.)

Da ein mit einem Leistenbruch behaftetes Kind stets ein Gegenstand der Sorge ist und infolgedessen vor allen sonst gesunden Bewegungen wie Schwimmen, Turnen etc. behütet werden muss, auch wenn ein noch so gutes Bruchband getragen wird, hält Verf. die Radikaloperation der freien Hernien bei dem heutigen Stande der Technik auch für das zarteste Alter als einzig richtige Methode. Es ist zu bedenken, dass auch bei spontaner Heilung immer die Disposition bleibt. Die Bruchbandbehandlung bei Säuglingen ist stets eine Quelle vieler und unangenehmer Begleiterscheinungen wie Irritation der Haut etc. Ferner ist zu beachten, dass vorhandene Hernien den meist dabei bestehenden Darmkatarrh nicht zu definitiver Heilung kommen lassen durch Störungen der Bewegung und Blutcirculation des Darms. Die Operation darf aber nicht vorher gemacht werden, ehe der Darmkatarrh nicht wesentlich gebessert ist. Die definitive Heilung bringt die Operation selbst. Verf. hält sich streng an die Methode von Bassini. Er verfügt über ein Material von 16 Fällen im Säuglingsalter; das jüngste Kind war 2 Monate alt. 4 mal handelte es sich um incarcerirte, 12 mal um freie Hernien. Die Heilung dauerte durchschnittlich 8—10 Tage. Meist war nur ein Verband nötig. Dieser wird so angelegt, dass er die untere Körperhälfte immobilisiert, und durch wasserdichte Stoffe rings um After und Penis vor Verunreinigung schützt. Was den Zeitpunkt anbetrifft, so rät Verf., so früh wie möglich zu operieren, also im Verlauf des ersten Lebensjahres, da die Frühoperation die beste Gewähr für dauernde Heilung bietet.

Behrens-Karlsruhe.

Heilserum und Tracheotomie. Von W. Mayer. (Münchener Mediz. Wochenschrift, 1899, 47.)

M. bestätigt die vielseitige Erfahrung, dass seit der Heilserumeinführung eine weit grössere Zahl von Kindern ohne Operation und nach derselben am Leben bleibt, viel öfter eine rechtzeitige ausgiebige Abstossung von Häuten stattfindet. Mit der Intubation hat sich Verf. nicht recht befreunden können. 6 Fälle erschwerter oder vereitelter Entfernung der Kanüle nach Tracheotomie und teilweise plötzlicher Erstickung geben ihm endlich noch zu besonderer Berücksichtigung Anlass. Diphtheritische Lähmungen reichen zur Erklärung dieser Fälle nicht aus, Granulationen waren nicht vorhanden, die Ursache liegt in einer chronischen fibrösen Entzündung, Bildung reichlichen Narbengewebes, Zerstörung der Muskeln und demzufolge akut möglicherweise noch gesteigerten Glottisschlusses. Mit dem Heilserum sind die Fälle insofern in Zusammenhang zu bringen, als ihre Häufung durch die öftere Ausheilung croupöser Prozesse bedingt wird.

Spiegelberg-München.

Gesundheitspflege.

Ueber die Häufigkeit der pathogenen Microorganismen in der Luft. Von Frl. Dr. E. Concornotti. (C. f. Bact., Parask. u. Inf. Band XXVI. No. 16/17.)

Von den Autoren ist bisher fast nur auf Anzahl und Art von Microorganismen in der Luft geachtet worden, weniger auf das Vorkommen pathogener Keime. Um diese zu entdecken, wandte Verfasserin folg. Methode an. Sie setzte mit Glycerinagar beschickte Petri-Schalen verschieden lange Zeit und an verschiedensten Orten (Privaträume, Hospitäler, Schulen, Gefängnisse, Restaurationen, Herbergen, in der freien Luft der Stadt und ausserhalb dieser etc.) der Luft aus und brachte diese dann für 24 St. in den Brutschrank. Es wurde darauf durch Hinzufügen von etwas sterilisiertem Wasser in die Schalen eine Emulsion hergestellt und von dieser einige Tropfen in die Halsvene eines Kaninchens injiciert, um event. abgeschwächte pathog. Keime sicherer zu finden; denn bei subcutaner oder intraperitonealer Injection blieben die Tiere am Leben. Es zeigte sich nun, dass sich aus der Leber und dem Herzblut der auch in relativ kürzester Zeit gestorbenen Tiere nur pathogene, nicht aber auch die auf der Platte zur Entwicklung gekommenen anderen Keime züchten liessen. Auf die interessanten Einzelheiten der sehr lesenswerten, weil wichtige Thatsachen bringenden Arbeit kann hier nicht näher eingegangen werden. Der Häufigkeit nach geordnet fanden sich Staphyloc. pyog. aur., St. pyog. alb., Bact. coli, Diplococcus der Pneumonie. Am häufigsten kommen die pathog. Keime in schmutzigen Umgebungen, seien es private oder öffentliche, vor.

Behrens-Karlsruhe.

Rezensionen.

Praktische Ohrenheilkunde. Von Dr. A. Eitelberg. Mit 57 Abbildungen. Wien, Alfred Hölder, 1899. Preis 10 Mark.

Ogleich eine grosse Anzahl guter Lehr- und Handbücher der Ohrenheilkunde existieren — wir erinnern an die trefflichen Werke von Schwartz, Politzer, Kirchner, Hartmann etc. —, so hat sich Verf., dem eine reiche Erfahrung zur Seite steht, dennoch entschlossen, ein neues derartiges Werk herauszugeben, „um den praktischen Arzt an der Hand zu nehmen und ihn an Klippen und Riffen der otiatrischen Praxis vorbeizuführen.“ Dabei hat Verf. sich bestrebt, die Ohrenheilkunde überall vom rein menschlichen Standpunkte aus darzustellen und ist derselbe daher öfters etwas subjektiv in der Darstellung geworden. Wir glauben aber nicht, dass dies dem Werke zum Schaden gereicht, im Gegenteil ist dadurch die Vorstellungsweise eine um so interessantere geworden und meidet Verf. den trocknen Ton, der sich so oft in deutschen wissenschaftlichen Werk vorfindet. Das Buch ist so recht für die praktischen Aerzte geschrieben und kann denselben daher auf's Angelegentlichste empfohlen werden. S.

Nervenleiden und Nervenerscheinungen, ihre Behandlung und Heilung durch Handgriffe. Von Dr. Otto Nägeli. Mit 22 Abbildungen. 2. Aufl. Jena, Gust. Fischer, 1899. Preis 2 Mark 40 Pf.

Verf. ist der Entdecker einer neuen Methode zur Behandlung von Nervenleiden und Nervenschmerzen, der sog. Handgriffbehandlung. In vorliegenden, für Arzt und Laien geschriebenen Werkchen schildert er seine Methode für die verschiedenen Krankheiten auf's Eingehendste, unter Anführung einer Reihe von Krankengeschichten. S.

Hilfs- und Taschenbuch für Vertrauensärzte. Von Dr. Gg. Herzfeld. 2. Aufl. Leipzig, Arwed Strauch. Preis 80 Pfg.

Der Zweck des Büchleins ist, den Vertrauensärzten ein handlicher Leitfaden und praktischer Leiter bei den Lebensversicherungsuntersuchungen zu sein. Verf. hat durch knappe klare Darstellungsweise seinen Zweck sehr gut erreicht. S.

Kleine Mitteilungen.

In Folge vielfach bestehender Unklarheiten macht die chem. Fabrik E. Merck in Darmstadt durch ein Zirkular darauf aufmerksam, dass die in Deutschland nach Behring hergestellten Diphtherie-Heilsera gleichwertig sind, sobald sie staatlich geprüft sind. Die einzige in Deutschland bestehende staatliche Prüfungsstelle ist zur Zeit das kgl. pr. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a/M. unter der Direktion von Prof. Dr. Ehrlich. Diphtherie-Heilserum „Merck“ ist in 2 Concentrationen im Handel, und zwar: 1) 250-fach normal unter der Bezeichnung D; dieses enthält 1000 I. E. in 4 ccm Flüssigkeit, 2) 500-fach normal (hochwertig) unter der Bezeichnung F; dieses enthält 1000 I. E. bereits in 2 ccm Flüssigkeit.

Die Firma Linkenheil & Co. in Berlin, welche die Tabloid-Medikamente der Firma Burroughs Wellcome & Co. in London für Deutschland verschleisst, versendet Wellcomes medizinisches Notizbuch 1899/1900. Aus demselben geht die ausserordentliche Bedeutung, welche man jetzt in der Medizin, Chemie, Photographie den W.'schen Tabloid-Medikamenten beilegt, hervor. Nach zahlreichen Urteilen hervorragender medizinischer Autoritäten verdient diese originelle Form der verschiedensten Medikamente in hohem Masse das Vertrauen der Aerzte durch die Reinheit, Güte und Zuverlässigkeit der verwendeten Arzneistoffe, durch die peinlich genaue Dosierung, sowie dadurch, dass jene in der wirksamsten, angenehmsten und praktischsten Form dargestellt sind.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorargender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vornuszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

März 1900.

Heft 3.

Inhalt: Originalien: Köppen, Ueber Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter 49. — Schmey, Ein interessanter Fall von fötaler Rhachitis 53. — Referate: Kojukoff, Varicellen 56. — Hoppe, Mumps 57. — Rumpf, Nervöse und funktionelle Herz- und Gefäßstörungen 58. — Ballantyne, Antenatale Therapie 59. — Comby, Abführmittel bei Kindern 59. — Guttmann, Sublimatlösungen 61. — Hoffa, Klumpfuß 61. — Preisich, Occipitalmeningocele 62. — Baron, Paediatrisches aus der Festschrift des Stadtkrankenhauses zu Dresden 63. — Gesundheitspflege: Baur, Körperliche und geistige Früh- und Spätentwicklung 67. — Rezensionen: Brandt, Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase, Heft 1 68. — Carossa, Zur Lösung des Problems der Heilbarkeit der Tuberkulose 69. — Fischer, Das 1. Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen 70. — Rothe, Erstrebtes und Erlebtes, 2. Teil 70. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft 70. — Kleine Mitteilungen 72.

Ueber Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter.

Von A. Köppen, Arzt in Norden.

Der natürliche Stuhl des Muttermilch-Kindes ist breiig, derjenige des Kuhmilch-Kindes geformt, wurstförmig; ein Festigkeitsgrad, welcher hierüber hinausgeht, ist unnatürlich. Dabei kann lange des Kindes Allgemeinbefinden zufriedenstellend, das Gedeihen ungestört sein.

Wie ich bereits an anderer Stelle *) ausgeführt habe, ist der harte Stuhl den Müttern nicht grade unwillkommen, da ihnen das Gefährliche des Gegenteils bekannt ist. Erst dann, wenn der harte Stuhl das Befinden des Kindes beeinträchtigt, wird der Arzt um Rat gefragt.

Wenngleich ein anhaltend zu harter Stuhl bei Kuhmilch-Kindern leichter als bei Muttermilch-Kindern erscheint, so kommt er doch auch bei diesen vor.

Ist nun im Fall von Verstopfung bei künstlicher Ernährung die Nachforschung nach der Ernährungsweise eher berechtigt und angezeigt, so sei man doch auch hier und bei natürlicher Ernährung ganz besonders nicht gleich damit bei der Hand, die Ursache in Schwerverdaulichkeit der Milch zu vermuten. Bevor man die Nahrung

*) Zur Möller-Barlow'schen Krankheit. Jahrb. f. Kinderheilkunde 1897 XLIV. 3, 4.

wechselt bzw. ehe man sich der Mühe einer Analyse unterzieht, ver-gewissere man sich, dass der Grund nicht ganz anderswo liegt.

Dass auch bei Muttermilch-Nahrung ab und zu eine Verstopfung auftritt, ist nicht so verwunderlich: Die Milch der Mutterbrust fliesst nicht immer gleichmässig. Die Unterschiede können sowohl die einzelnen Bestandteile betreffen, als auch die Gesamtheit dieser im Ver-gleich zu dem Wassergehalt, als auch kann die Menge unbeschadet ihrer Zusammensetzung an dem einen Tage eine grössere oder ge-ringere als am anderen sein.

Auch die Stillung an der Mutterbrust pflegt gewöhnlich eine willkürliche zu sein. Nicht zu bestimmter Zeit und in bestimmter Menge erhält das Kind seine Nahrung, sondern wenn es schreit, wird es angelegt, einerlei ob es der Nahrung bedarf oder nicht, und es bleibt angelegt, bis es von selbst mit dem Trinken aufhört.

So bekommt das Kind in den meisten Fällen die Nahrung nach Zeit, Menge und Zusammensetzung ungleichmässig.

Oft auch glaubt die nachgiebige oder besorgte Mutter die Zu-friedenheit oder das Gedeihen des Kindes durch Zukost erreichen und befördern zu müssen. Dazu sind geradezu Missgriffe an der Tages-ordnung.

In vielen Fällen erbrechen die Kinder das Zuviel bald nach der Aufnahme (Speikinder), und damit ist der Ausgleich hergestellt; für weitere Fälle, wo dies nicht geschieht, besitzt der kindliche Organismus eine so grosse Anpassungsfähigkeit seines Stoffwechsels, dass nur selten üble Folgen entstehen, wo sie versagt, antwortet der Körper mit Durchfall oder Verstopfung.

Die berührten Unregelmässigkeiten in der Ernährung treffen auch bei künstlicher Ernährung zu; nur tritt die Verstopfung in den dahin neigenden Fällen leichter ein, da schon der natürliche Kuh-milchstuhl sich der Verstopfung nähert.

Bereits durch die erste Verstopfung und durch eine Wieder-holung erst recht kann ein Einriss am After zustande kommen und damit Anlass zu einer verderblichen Wechselwirkung gegeben sein.

Diese Einrisse sitzen an der Stelle, wo die noch mit Pflaster-epithel bedeckte Mastdarmschleimhaut in die äussere Haut übergeht; sie können aber auch nach aussen und innen den Afterring weit über-ragen. Da der After bei einigermassen gut genährten Kindern ver-steckt liegt, so muss man denselben durch Auseinanderdrängen der Hinterbacken und Anspannen der Haut den Augen zugänglich machen. Dass es bei Kindern so leicht zu Einrissen kommt, liegt an der Dünn-heit der Mastdarmwandungen. Aus demselben Grunde findet man die Einrisse häufiger bei Mädchen als bei Knaben, da bei ersteren die in Betracht kommenden Teile, wie überhaupt die Haut, zarter sind.

Nun unterscheidet sich der Mastdarm des Kindes wesentlich von dem des Erwachsenen *) durch seinen graderen Verlauf und durch das Fehlen der Ampulle. Während beim Erwachsenen die Ampulle (pars pelvina) als Kothblase dient, das Endteil des Mastdarms (pars peri-

*) Vgl. Joessel-Waldeyer. Lehrbuch der topographisch-chirurgischen Anatomie. II. 3. 1899.

nealis) als Ausführungsrohr, fällt dieser Unterschied im Säuglingsalter fort. Deshalb findet man hier den Stuhl nicht wie stets beim Erwachsenen einige Centimeter oberhalb des Afters, sondern gleich hinter diesem angesammelt.

Der infolge der schon bei geringer Ausdehnung und Tiefe äusserst schmerzhaften Einrisse überempfindliche After antwortet auf den durch den Koth ausgeübten Reiz durch krampfhaftes Zusammenziehung; er arbeitet, um eine Zerrung durch den vorbeigehenden Koth zu vermeiden, einer Entleerung entgegen und bewirkt damit Verlängerung der Verstopfung mit stärkerer Eindickung und vermehrter Ansammlung des Kothes. Das erklärt, dass die Kinder nicht nur bei und nach der endlichen Entleerung, sondern auch bereits lange vorher oft die fürchterlichsten Schmerzen erkennen lassen. Schliesslich reissen die ungewöhnlich grossen und festen Kothmassen bei ihrem Durchtritt die Risse noch weiter auf und damit ist der verhängnisvolle Kreis geschlossen.

Die Erkennung des Leidens ist nach dem Gesagten leicht, und doch wird in zahlreichen Fällen eine „habituelle Stuhlverstopfung“ angenommen. Gewiss! Ursprünglich ist einmal Verstopfung vorhanden gewesen, aber nicht habituell oder chronisch, sondern akut infolge eines Diätfehlers oder auch, was nicht kurzerhand abzulehnen, einer Erkältung. Ohne die Geneigtheit des kindlichen Afters und ohne die vermehrte Reizbarkeit desselben wäre diese Verstopfung folgenlos wieder verschwunden, wie es in allen den Fällen, in denen bei grösserer Widerstandsfähigkeit des Afters keine Einrisse entstehen, thatsächlich geschieht.

Was Wunder aber, wenn die Verstopfung „habituell“ bleibt, wo die erfolgreichen Massnahmen mangels richtiger Erkenntnis unterbleiben.

Allerdings für die leichten Fälle genügt die Beeinflussung der Ernährung in der Richtung einer Erleichterung der Stuhlentleerung, um Heilung herbeizuführen und die letzte Ursache des Uebels bleibt verborgen. Die angenommene „habituelle Verstopfung“ ist durch den Erfolg der gegen sie gerichteten Behandlung bewahrheitet.

Sonderbarerweise will aber in vielen Fällen diese „habituelle“ Verstopfung nicht durch alle möglichen Aenderungen in der Ernährung, nicht einmal durch Abführmittel noch durch Massage schwinden. Man begnügt sich schliesslich, alle paar Tage Stuhl zu erzielen und vertröstet die Mutter auf die Zukunft.

Diese Kinder bedürfen zur Heilung einer örtlichen Behandlung ihrer Afterrisse. Hierfür sind mancherlei Mittel vorgeschlagen, und es ist kein Zweifel, dass sie alle mehr oder weniger zweckentsprechend sind. In letzter Zeit habe ich mich des von Conitzer angegebenen Ichthyols bedient und bin damit sehr zufrieden. Nach Conitzer soll man vor der erstmaligen Anwendung des Ichthyols die Einrisse cocainisieren. In den meisten Fällen wird man davon absehen können. Statt der Glasstäbe oder der Wattebäuschchen nehme ich einen kleinen Haarpinsel, da man mit diesem ohne unnötige Verunreinigung leichter auf den Grund der Einrisse kommen kann.

Mit dieser Behandlung kommt man dort, wo das Uebel noch

nicht zu lange bestanden hat, in der Regel zum Ziel. Wo aber das Uebel eingewurzelt ist, wo die Einrisse zu gross und vielfältig, und wo die Reizbarkeit des Schliessmuskels beständig geworden, da lässt entweder diese Behandlung ganz im Stich, oder sie würde so langwierig werden, dass allen Beteiligten die Geduld verginge, denn die sich zur Heilung anschickenden Einrisse werden stets wieder bei der Entleerung durch die harten und grossen Kothballen auseinander gerisse. So bleiben die Einrisse, so bleibt die Verstopfung, so bleibt der Afterkrampf bestehen.

Da wird denn zu dem noch übrig bleibenden Mittel des Klysrierens gegriffen. Wasser oder Glycerin, Stuhlzäpfchen mit Glycerin und Cacaobutter, oder mit Glycerin und Seife, abgesehen von den aus Waschseife bereiteten Zäpfchen.

Aber was ist die Folge?

Wohl gelingt es mit einem dieser oder mit allen der Reihe nach gebrauchten Mitteln das erste Mal und einige Male weiter den Stuhl zu erzwingen; dann muss man aber davon absehen, weil die Erscheinungen jedesmal stürmischer werden und es fast unmöglich wird, die Gegenstände durch den krampfhaft geschlossenen After hindurch in den Mastdarm einzuführen.

Henoch und Monti überweisen solche Fälle der chirurgischen Behandlung, wie ich glaube, unnötigerweise, da man auch noch auf anderem Wege dem Uebel beikommen kann.

Ich lasse jeden Tag, in der Regel abends, je nach Grösse des Kindes 10—20 ccm und mehr Olivenöl in den Mastdarm des Kindes bringen nach dem Vorbild der von Kussmaul angegebenen Behandlung der Enteritis membranacea. Das Oel, sofern es nicht ranzig ist, übt keinerlei üblen Reiz auf die Mastdarmschleimhaut aus und wirkt auf die Einrisse und deren Umgebung einhüllend, schützend und lindernd. Hierdurch wird der Schliessmuskelkrampf zum Nachlass, allmählich zum Schwinden gebracht, dem Stuhldrang wird nach einer Reihe von Stunden nachgegeben und erregt bedeutend geringere Schmerzen.

Damit ist das erste Glied der unheilvollen Kette zerbrochen, und die Heilung erfolgt nun unter Zuhilfenahme der Ichthyol-Pinselungen und einer naturgemässen Ernährung in kurzer Zeit.

Es dürften noch einige Worte über die Beibringung des Oels zu sagen sein.

Pfaundler warnt an der Hand eines unglücklich verlaufenen Falles vor dem Gebrauch von Spritzen oder Bällen und empfiehlt den Schlauch. Ich teile die Bedenken von Pfaundler nicht. Es kommt nicht so sehr auf das Werkzeug, als vielmehr auf die Art seiner Benutzung an. Wenn man allerdings sieht, wie Müttern von Aerzten schwergewichtige, zinnerne Spritzen von gut 25 cm Länge mit einem zum Aufspieszen geeigneten Ansatz in die Hand gegeben werden, dann muss man sich wundern, dass nicht noch mehr Unglücksfälle sich ereignen.

Das Wichtigste bei der Handhabung ist das Einführen des Ansatzes. Dies hat nach Einölen desselben mit der äussersten Schonung und Vorsicht unter Ausweichen eines etwa gefühlten Widerstandes

zu geschehen. Der Ansatz muss stumpf sein, weil so am leichtesten ein Anstossen vermieden wird. Da der After nicht rund, sondern schlitzförmig-oval mit von vorn nach hinten gerichtetem längsten Durchmesser gebildet ist, so ist auch der in langen Bogen gekrümmte Ansatz am besten seitlich abgeplattet.

Dieser Ansatz kann mit einer Spritze, einem Ball oder einem Schlauch mit Trichter (Gefäss) in Verbindung stehen. Ich bediene mich einer leicht gehenden gläsernen Spritze mit Hartgummi-Ansatz. Eine Spritze ist leicht und ohne Schmiererei zu füllen; der Druck und die Schnelligkeit ihrer Entleerung ist sicher zu regeln; eine Person genügt zu ihrer Handhabung. Beim Ball ist die Füllung umständlich und eine völlige Entleerung erschwert; beim Schlauch ist eine Verschmierung kaum zu umgehen, und eine Person genügt nicht zur Bedienung.

Ist der Ansatz eingeführt, so ziehe man denselben noch etwas vor der Entleerung der Spritze zurück. Diese soll vor dem Gebrauch auf ihren leichten und gleichmässigen Gang geprüft sein. Nachher reinige man sie mit warmem Sodawasser; eine weitere Desinfektion erübrigt für vorliegende Fälle.

Es war nicht meine Absicht, in Vorstehendem die Verstopfung durch rissigen After ausführlich zu schildern. Ich wollte das auf Grund der bis dahin vernachlässigten anatomischen Verhältnisse leicht entstehende und nur in einem Bruchteil der Fälle erkannte Leiden an Stelle der so gern angenommenen „habituellen“ Verstopfung setzen und den einfachsten Weg einer erfolgreichen Behandlung auch der schwersten Fälle angeben.

Sollte es mir gelungen sein, den Arzt bei jeder Verstopfung im zarten Kindesalter zu einer eingehenden Besichtigung des Afters zu veranlassen und zugleich dem ausgedehnten Felde der Unbekömmlichkeit der Milch insbesondere der Kuhmilch ein weiteres Stück abzugraben, so ist der Zweck dieser Zeilen erfüllt.

Ein interessanter Fall von fötaler Rachitis.

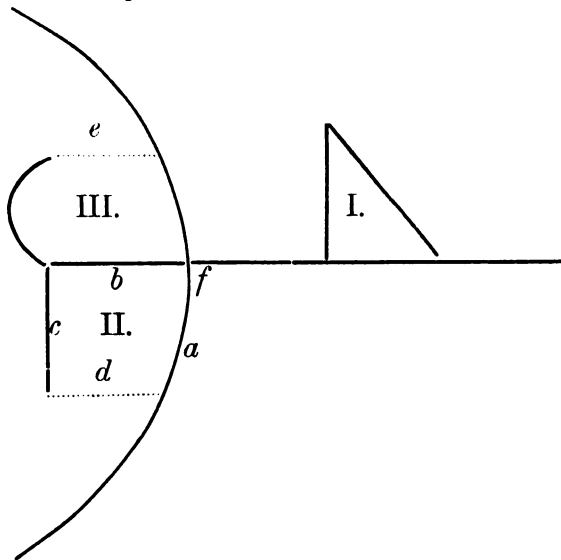
Von Dr. med. Fedor Schmey, Beuthen O.-S.

Das Vorkommen fötaler Rachitis wird von manchen Autoren bestritten, z. B. von Kaufmann, welcher die unter diesem Namen beschriebenen Fälle als Chondrodystrophia fötalis bezeichnet, von anderen gewichtigen Autoren z. B. Virchow bestimmt behauptet; jedenfalls muss ihr Vorkommen nach Hensch zu den grössten Seltenheiten gerechnet werden.

Die Mitteilung eines zweifellosen Falles von fötaler Rachitis dürfte daher gerechtfertigt sein, umso mehr da dieser Fall auch sonst noch des Interessanten genug bietet.

Vor kurzem wurde ich zu einer 27 Jahre alten Erstgebärenden gerufen. Die Hebamme berichtete, dass das Fruchtwasser vor etwa fünf Stunden abgelassen sei, dass dann die Geburt zunächst sehr rasch vorgeschritten sei, seit zwei Stunden aber trotz guter Wehen kein Fortschritt erfolge, bei jeder Wehe werde der Kopf in der

Schamspalte sichtbar, um beim Nachlassen der Wehe sofort wieder weit in die Scheide zurückzusinken. Ich stellte bei der Untersuchung fest, dass sich der Kopf in zweiter Schädellage tief in der Scheide befand und sich bei der während der Untersuchung eintretenden Wehe ganz normal im Scheideneingang einstellte, beim Nachlass der Wehe aber wieder weit zurückging. Da sowohl der Puls der Mutter gut, als auch die Herztöne des Kindes deutlich und von normaler Frequenz waren, so fand ich zunächst keine Indikationen zu einem operativen Eingriff. Ich wartete eine Stunde, innerhalb welcher zahlreiche kräftige jedoch etwas kurze Wehen keinen Fortschritt der Geburt brachten und liess mir dann, da die Frequenz der kindlichen Herztöne deutlich zunahm, während sie gleichzeitig leiser wurden, den hiesigen Spezialkollegen für Geburtshilfe holen. Der Kollege erhob denselben Befund wie ich und war nur darüber erstaunt, dass die Kopfknochen des Kindes abnorm verschieblich und



die Fontanellen, namentlich die kleine, nicht deutlich abzutasten waren. Er legte alsdann die Zange an, die, nachdem mit der Scheere ein seitlicher Einschnitt in den Scheideneingang gemacht war, mit ziemlicher Leichtigkeit das Kind zur Welt beförderte, welches sofort kräftig und laut schrie und im Allgemeinen wohlgebildet war. Nur der Kopf bot die Abnormitäten dar, welche den Gegenstand dieser Mitteilung bilden. Alle Nähte des Schädels, die Suturae lambdoidea, sagittalis und coronaria klafften sehr weit, der aufgelegte Finger verspürte eine sehr deutliche Pulsation. Links von der Sutura sagittalis war eine ziemlich grosse dreieckige Knocheninsel, ein Os Wormianum sichtbar, welches von dem übrigen Teile des Scheitelbeins ebenfalls durch breite klaffende Nähte völlig getrennt war. Dieses Os Wormianum ist nach der beigefügten schematischen Skizze mit I bezeichnet. Ein zweites Os Wormianum, welches in mehrfacher Hinsicht ein erhebliches Interesse darbietet, befand sich in der Hinterhauptsschuppe. Es ist in der beiliegenden Skizze mit II be-

zeichnet und stellt nicht eine völlige Knocheninsel, sondern eine Halbinsel dar, da die vierte Seite, welche auf der Skizze durch die unterbrochene Linie angedeutet ist, bereits mit dem übrigen Teile der Hinterhauptsschuppe fest verwachsen ist. Eine Seite wird gebildet durch die Sutura lambdaidea, während zwei Seiten Nähten entsprechen, welche zwar in fötalen Leben vorgebildet, bei der Geburt aber gewöhnlich fest verwachsen sind. Die beiden in der Skizze mit a und b bezeichneten Nähte stossen in der kleinen Fontanelle zusammen.

Eine dieser Knochenhalbinsel durchaus analoge, nur in der Verknöcherung noch weiter vorgeschrittene Knochenbildung findet sich in der anderen Hälfte der Hinterhauptsschuppe, sie ist in der Skizze mit III bezeichnet. Die Knochenbildungen II und III bilden offenbar ein zusammenhängendes Ganze; denkt man sich die bereits verknöcherten Nähte d und e noch offen, dagegen die Zwichennaht b bereits verknöchert, so hat man den Knochen vor sich, welcher unter dem Namen Os interparietale, Squama occipitalis superior, Os Incae seu Os epactale proprium bekannt und ein entwicklungsgeschichtliches, sowie ein anthropologisches und historisches Interesse beansprucht.

Ich entnehme dem bekannten Grundriss der Entwicklungsgeschichte von A. Kölliker folgende Stelle (S. 179): „Das Hinterhauptsbein verknöchert im Anfange des dritten Monats und zwar mit fünf Knochenpunkten. Zu diesen Knochenkernen gesellt sich dann noch ein anderes aus zwei Kernen entstehendes Stück, welches ausserhalb des Chondrocranium als Deckknochen sich entwickelt und den oberen Teil der Schuppe bildet. Dasselbe verschmilzt später mit dem unteren primordiales Teile der Schuppe vollständig, so jedoch, dass eine Fissur rechts und links am Rande der Squama in der Höhe der Protuberantia extrema längere Zeit hindurch die Vereinigungsstelle andeutet und meist noch bei Neugeborenen sichtbar ist.“ Ich füge noch die entsprechende Stelle hinzu aus dem Lehrbuch der Embryologie von Schenk: „Zu Anfang des dritten Monats beginnt die Verknöcherung des Hinterbeines, an dem fünf Knochenpunkte erscheinen. Zu dieser Zeit erfolgt die Bildung eines Belegknochens aus Bindegewebe (Os interparietale) in der Umgebung der Occipitalfontanelle.“ Was die Bezeichnung Os Incae betrifft, so citiere ich folgende Stelle aus dem Lehrbuch der Anatomie von Hartmann (S. 11): „Ein bei Schädeln altperuanischer Stämme und auch der Malayer häufiger vorkommender Epactalknochen, welcher durch eine Quernaht gegen das eigentliche Hinterhauptsbein abgegrenzt wird, hat als sogenanntes Os Incae eine gewisse Berühmtheit erlangt. Wie Virchow bewiesen, handelt es sich hier übrigens um die Persistenz einer ursprünglichen Trennungslinie der primitiven Knochenkerne, um ein Offenbleiben einer ursprünglichen, über die Hinterhauptsschuppe hinwegziehende Quernaht.“ Der von mir beschriebene Fall ist ein sicherer Beweis für die Richtigkeit der Ansicht Virchow's.

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass es sich in unserem Fall um fötale Rachitis handelt. Eine Ursache für ihr Auftreten ist jedoch nicht aufzufinden, da die Eltern des Kindes gesund sind, der

Vater insbesondere das Ueberstehen von Lues bestimmt ablägnet. Die Mutter ist das jüngste von neun Kindern gesunder Eltern; von diesen sind zwei gestorben, welche sich dadurch von den anderen Kindern unterscheiden, dass sie nicht am Normalende der Schwangerschaft, sondern etwas vorzeitig geboren waren. Hier ist vielleicht ein Moment zu finden, welches an Lues denken lässt, so dass vielleicht die fötale Rachitis bei dem Kinde, von dem hier die Rede ist, die Folge von Lues des Grossvaters ist, welche in der zweiten Generation keine Erscheinungen gemacht hat oder nur nicht zur Cognition gekommen ist. Die lässt sich natürlich jedoch nicht mit Sicherheit beweisen. Die Mutter des Kindes ist nie krank gewesen, hat sich während der ganzen Schwangerschaft stets wohl gefühlt und bis zuletzt alle häuslichen Arbeiten ihres Haushaltes verrichtet. Die Nachgeburt wurde von mir fünfzehn Minuten nach Beendigung der Geburt exprimirt, sie folgte dem Drucke leicht in Verbindung mit allen Eihäuten. Sie zeigte keine Abnormitäten, so dass auch von ihr aus das Entstehen der Rachitis nicht erklärt werden kann. Ich werde nicht verfehlen, über die weitere körperliche Entwicklung des Kindes in dieser Zeitschrift zu berichten.

Referate.

Ein Fall von gangränöser Varicella. Von A. Kojukoff. (Archiv für Kinderheilk., 27. Band.)

Die Anamnese des Falles war folgende: Ein 14monatliches Kind gesunder Eltern aus dem Arbeiterstande erkrankte vor 9 Tagen akut unter Fieber an einem Bläschenausschlage, der auf dem Rücken beginnend sich binnen drei Tagen über den ganzen Körper verbreitete. Der behandelnde Arzt konstatierte Windpocken. Das Kind hatte sich bei einem 14 Tage vorher leicht erkrankten und bald wieder genesenen Kinde der Nachbarschaft angesteckt. Am 5. Tage wurden die Bläschen eitrig und platzten, kleine Geschwüre bildend, die sich allmählich vergrösserten. Täglich einmal, fast um dieselbe Zeit, Erbrechen, leichte Diarrhoe, von 7. Tage ab Auftreten einer ansehnlichen Menge hanfkorngrosser Petechien, die zeitweise Blutropfen ausschieden. Temperatur mässig.

Status praesens: Gut genährtes Kind, leichte Rachitis. Ueber die Haut eine Menge erbsen- bis thalergrosse Geschwüre zerstört, die theils von blutigem Eiter, theils von einer rotbraunen Boke bedeckt sind. Sie sind am zahlreichsten und grössten auf dem Stamm, schwächer auf den Extremitäten. Zwischen den Geschwüren zahlreiche Petechien. Die grossen Schamlippen geschwollen, mit einem gelben, schmutzigen Belag bedeckt. Schwellung der Lymphdrüsen. Milz nicht zu fühlen, Leber ein wenig vergrössert. Harn nicht zu erhalten. Temperatur 38,7.

Von dem Belag der Schamlippen wurde eine Aussaat auf Nährboden gemacht, es fanden sich zahlreiche Klebs-Löffler'sche Stäbchen. Injektion von Diphtherieserum. Auch die Aussaat auf Blutserum

ergab Löffler'sche Bacillen. Injektion bei Meerschweinchen führte nach 12 resp. 18 Stunden den Tod derselben herbei; ihre Sektion ergab die für Diphtherie typischen Veränderungen.

Das Allgemeinbefinden des Kindes verschlechterte sich zusehends, Tod zwei Tage nach der Aufnahme an Schwäche.

Die Sektion wies überall auf den serösen Häuten petechiale Ekchymosen nach. Bronchialdrüsen vergrößert, teilweise verkäst. Sonst an den inneren Organen keine Veränderungen. In der Literatur sind nur wenige Fälle gangränöser Varicella beschrieben, die meist letal endeten.

In einem zweiten kurz darauf von K. beobachteten Falle, der erisypelatösen Charakter hatte, wies die bakterielle Untersuchung in den gangränösen Stellen Staphylococccen und Streptococccen nach. Auch dieses Kind starb. -- Diese Fälle bieten eine neue Stütze für die sich immer mehr aufdrängende Erkenntnis, dass die Varicellen nicht immer harmloser Natur sind. Dass sie auch zu Nephritiden führen können, ist durch vielfache Beobachtungen litterarisch be glaubigt.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Ein Beitrag zur Lehre vom Mumps. Von Hoppe. Aus der Kinderabteilung der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe. (Münch. med. Wochenschr. 1899. No. 34.)

Der Mumps stellt eine infectiöse Allgemeinerkrankung dar; der primäre, uns zunächst erkenntliche Sitz der Krankheit ist die Glandula parotis. Häufig werden dann sekundär auch noch die andern Speicheldrüsen, mitunter auch die Thränendrüsen in Mitleidenschaft gezogen. In einigen seltenen Fällen scheint jedoch der Erreger des Mumps eine grössere Vorliebe für die Ansiedlung in der Submaxillardrüse zu hegen, wobei er dann entweder erst sekundär in das Gewebe der Parotis dringt, oder dieselbe, wie es häufiger der Fall zu sein scheint, ganz verschont.

H. berichtet über eine epidemische Infektionskrankheit, welche in den meisten Fällen nur die Glandula submaxillaris, in einigen aber die Ohrspeicheldrüse noch mit befiel. Sie hatte eine Vorliebe für Knaben. Ihr Auftreten fiel in zwei Perioden. In der ersten Periode klagten die Kinder über Müdigkeit, Kopfschmerzen, Frostgefühl, sowie über Schmerzen beim Kauen und Oeffnen des Mundes; zu gleicher Zeit machte sich eine Anschwellung am inneren unteren Unterkieferande bemerkbar. Bei den Kranken der 2. Periode waren die allgemeinen Störungen nur wenig ausgesprochen. Die Temperatur stieg in der 1. Periode bei einigen Kranken während der ganzen Dauer der Anschwellung auf 38° und darüber. Wurden die Drüsen der anderen Seite sekundär befallen, so war meist auch ein Ansteigen der Temperatur zu konstatieren. In der 2. Periode war die Temperatur nur wenig erhöht.

Die Schwellung der Submaxillardrüsen machte sich zunächst nur auf einer Seite bemerkbar, 10 mal links, 8 mal rechts. In der Hälfte der Fälle wurde später die Submaxillardrüse der anderen Seite befallen. Die Parotis war 6 mal mitaffiziert. Die Anschwellung um die

Drüse war in der ersten Epidemie eine ziemlich bedeutende. Zur Rückbildung brauchte die Schwellung 10—14 Tage. Komplikationen oder Nachkrankheiten wurden nicht beobachtet.

Die Behandlung war eine rein expectative und beschränkte sich auf Reinhaltung des Mundes und auf Darreichung einer leicht verdaulichen Kost. Auch wurde Isolierung angeordnet.

Schnell-Egeln.

Die Behandlung der „nervösen“ oder funktionellen Herz- und Gefässstörungen. Von Th. Rumpf. (Therapie der Gegenwart. 1899, 12. Heft.)

„Funktionell“ sind die Herz- und Gefässstörungen dann, wenn eine längere Beobachtung und häufige Untersuchungen keine krankhaften Veränderungen am Herzen, den Klappen oder den Gefässen ergeben. Sie kommen überwiegend im jugendlichen und mittleren Alter vor. Besonders beobachtet man sie nach Diphtherie, Influenza und Typhus; sie verschwinden dann meist nach 1—2 Jahren. Vorherrschend sind subjektive Empfindungen, wie Herzklopfen, Druck und ausstrahlende Schmerzen in der Herzgegend, Angstgefühle, Beschleunigung der Pulszahl bis zu 140, anderseits wieder Aussetzen Pulses, Kälte- und Hitzeempfindungen.

Aetiologisch kommt vielerlei in Betracht. Es können diese Störungen Teilerscheinungen der Neurasthemie oder Hysterie sein. Sehr häufig sind sie zur Zeit der Entwicklung des Geschlechtsapparates. Bei gegebener nervöser Disposition treten sie häufig nach übermässigen geistigen oder körperlichen Strapazen auf. Nicht selten rühren sie vom Digestionstraktus her. Wenn nervöse Personen viel und schnell essen, ohne sich zum Kauen Zeit zu nehmen, so leiden sie häufig innerhalb der ersten Stunden nach der Mahlzeit an Herzklopfen, Druck und Schmerzen in der Herzgegend, ganz wie bei Angina pectoris. Sowie sich der Magen durch Aufstossen der angesammelten Gase entledigt, hört häufig augenblicklich der Anfall auf.

Ein weiteres Moment sind toxische Vorgänge im Eiweissstoffwechsel, wie sie schliesslich in einer Reihe von Fällen zur Gicht führen. Auch übermässiger Genuss von Kaffee, Alcoholicis, Tabak ist zu beschuldigen.

Die Behandlung ist um so dankbarer, je früher sie einsetzen kann. Meist ist die ganze Lebensweise zu regeln. Schlaf- und Arbeitszeit sind gleichmässig zu regeln, geschlechtliche Exzesse, aufregende Lektüre zu unterdrücken. Bezüglich der Zufuhr von Speise und Trank sind bestimmte Vorschriften zu erlassen, insbesondere ist die Fleischezufuhr, wie sie häufig schon im frühen Kindesalter begünstigt wird, einzuschränken, unter Umständen eine vegetabilische Kur anzuordnen. Alcoholicis sind völlig zu verbieten. Obstgenuss ist von Nutzen, blähende Nahrungsmittel sind schädlich. Die Speisen müssen gut durchgekaut werden.

Wichtig ist ausreichende Körperbewegung, wie sie durch regelmässige Spaziergänge oder Zimmergymnastik erzielt wird. Hierbei ist auf tiefe Respiration zu achten, die ja bekanntlich die Herzthätigkeit günstig beeinflusst.

Reflektorisch von der Haut her wirken bei schwachen Personen kohlen-saure Salzbäder, bei kräftigeren warme Bäder mit kühleren Uebergießungen. Die Prophylaxe hat nach diesen Grundsätzen die Erziehung und Ernährung in der Jugend zu leiten. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass über der geistigen Ausbildung nicht die körperliche vernachlässigt wird, wie es in Deutschland leider immer noch überwiegend der Fall ist.

Dr. Friedmann-Beuthen (O.S.)

Ueber antenatale Therapie. Von J. W. Ballantyne. (Wiener Medic. Presse 1899, Nr. 45 und 46.)

Dass eine antenatale Therapie möglich und auch von Wert ist, kann heutzutage nicht mehr zweifelhaft sein. Im weiteren Sinn gehört zu ihr die Behandlung während und nach der Geburt von intranatal entstehenden Krankheiten, im strengeren Sinn betrifft sie die Behandlung des noch in utero befindlichen Embryo bez. Foetus. So mannigfaltig die Ursachen antenataler Erkrankungen sein können, so sind sie doch auf dieselben im extrauterinen Leben wirkenden Faktoren zurückzuführen. Dass eine antenatale Prophylaxe und Therapie dringend notwendig ist, beweisen die jede pessimistische Schätzung an Zahl übertreffenden Fälle von Fehl- und Frühgeburten. Die am besten anzuwendende Methode ist die, dass medizinisch und hygienisch auf die Mutter einzuwirken gesucht wird. Dies zeigt die bekannte antiluetische Kur. Verf. verlangt aber, dass auch die gesunde Mutter, wenn der Vater luetisch war, sich im Interesse ihrer Kinder einer Schmierkur unterzieht. Ebenso soll, wenn der Vater an Malaria, Bleivergiftung, Tuberkulose litt, die Mutter entsprechend behandelt werden. Vor Infektionskrankheiten ist die Schwangere, selbst wenn sie durch Ueberstehen solcher immun gegen dieselben ist, peinlichst zu schützen, da Fälle von in utero inficirten Foeten schon zahlreich vorgekommen sind. Gewisse Beschäftigungen, welche sowohl für die Mutter als auch ihr neugeborenes Kind gefährlich sind, müssen vermieden werden. Hierher gehören die Beschäftigungen mit Blei, Kupfer, Tabak. Besonders gefährlich ist der Alkohol, da dieser die Gewebe des Foetus in weitem Masse schädigt. Hierher gehört auch der Genuss von Cocain, Morphin etc. Zur Prophylaxe gehört ferner Einleitung der Frühgeburt, falls Indicationen für dieselbe vorliegen und vor allem, dass nur gesunde Eltern eine Ehe eingehen. Was die Vererbung anbetrifft, so giebt Verf. den Rath, das Gespenst desselben nicht zu sehr zu fürchten, denn „am meisten“ wird das Normale, nicht das Abnorme vererbt. Diese Ausführungen des Verf. sind gewiss zu beherzigen.

Behrens - Karlsruhe.

Ueber Abführmittel bei Kindern. Von Comby. (Monde Médical, No. 8, 1899. Deutsche Ausgabe.)

Die Abführmittel bei Kindern werden gebraucht entweder um die Obstipation zu beseitigen oder um den Darmtractus zu leeren und zu reinigen. Da man bei Kindern mässigen Gebrauch von Abführmitteln machen soll, so wende man bei habitueller Verstopfung meistens

mechanische Mittel an, wie Massage des Bauches, Einführung von elastischen Gummisonden in den Mastdarm, Glycerinstuhlzäpfchen, Klystiere etc. Nur wenn die mechanischen Mittel ohne Resultat angewendet wurden und wenn eine Coprostase droht, nehme man Zuflucht zu Abführmitteln. Bei infectiöser Gastro-enteritis ist die Anwendung von Abführmitteln absolut geboten, da dieselben die beste Antisepsis des Darmkanals abgeben. C. teilt die Abführmittel ein in a) salzartige, b) ölige c) süßschmeckende, d) Calomel.

Von den salzartigen wird am meisten gebraucht:

1) Magnesia usta in Dosen von 4—6 gr. Die beste Formel ist:
Rp. Magnes. ust. 6,0.

Syr. gum.

-- flor. aurant aa 15.0.

Aq. Menth. pip 30.0.

DS. In 2 Portionen innerhalb einer $\frac{1}{4}$ Stunde zu nehmen.

2) Magnes. citr. in Dosen von 10—15 gr.

3) Magnes. tartar.

4) Magnes. sulfur.

Natr. sulfur. oder phosphoric.

Oelige Abführmittel sind:

1) Ol. ricini in Dosen von 5—20 gr in Citronensaft, schwarzem Kaffee, Bier etc., am besten in einer Emulsion in Milch, in welcher ein Ei mit Zucker gut verrührt worden ist.

2) Ol. amygdal. dulc. in Dosen von 1—2 Suppenlöffeln.

Süßschmeckende Abführmittel sind:

1) Manna canellata in Dosen von 20—50 gr in Milch aufgelöst oder in Verbindung mit Cassia, Tamarindenmus.

2) Sirup. flor. pers. in Dosen von 10—50 gr u. z. $\frac{1}{2}$ stündlich bis zur erzielten Wirkung.

3) Zwetschen und weisser Honig.

Drastische Abführmittel sind:

1) Rad. rhei entweder als Pulver in Dosen von 0.25—1 gr je nach dem Alter oder als Tinktur.

2) Scammonium in Dosen von 0.25—0.50 gr.

3) Senna in Dosen von 2—4 gr in süßem Aufguss oder in Klystier.

Calomel.

Calomel ist eines der besten Abführmittel. Man verordnet dasselbe auf 2 Arten: entweder in fraktionierten Dosen von 1—5 Ctgr: stündlich bis zu 10—50 Ctgr. oder in massiven Dosen, auf einmal oder zweimal mit einer Stunde Zwischenraum. Bis zu 3 Jahren gehe man nicht höher, als 0.25 gr. Man verordnet Calomel:

1) allein, ohne Zugabe,

2) mit Zucker vermengt und

3) in Verbindung mit andern Substanzen wie Extr. bellad. oder wenn es wurmtötend wirken soll mit Extr. aeth. filic. Die beste Aufnahmsflüssigkeit ist Milch. — Calomel in Verbindung mit salzigen Substanzen, Jodpräparaten oder Aq. laurocerasi darf man nicht verordnen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber den Gebrauch starker Sublimatlösungen in der Augen-therapie. Von Guttman. (Deutsch. med. Wochenschr. 1899 No. 44.)

In der Magnus'schen Augenklinik in Breslau wurden bei verschiedenen Affectionen 3⁰/₁₀₀ige Sublimatlösungen für wirksam befunden. Die Application bestand in täglich einmaligem Aufträufeln von 6 bis 10 Tropfen auf die Conjunctiva inferior und die untere Uebergangsfalte unter möglichster Vermeidung der Hornhaut. Die Eintröpfung ist zu empfehlen: 1) beim sogen. Schwellungskatarrh, der klinisch unter starker Schwellung der Lider, der Conjunctiva inferior und namentlich der unteren Uebergangsfalte sowie der Plica senilunaris, rosiger Rötung und oft auch Chemosis der Conjunctiva sclerae und reichlicher schleimig-eitriger Secretion verläuft, und unter dessen Bilde sich eine Reihe ätiologisch differenter Erkrankungen verbirgt. Das Sublimat wirkt hier häufig geradezu coupierend, sodass nach wenigen Tagen das schwere Krankheitsbild sich in einen gewöhnlichen Katarrh umwandelt, das dann den gebräuchlichen Mitteln (Zink etc.) vollends weicht. 2) Beim Trachom wirkt das Sublimat in ausgezeichneter Weise, sobald erheblichere Secretion besteht (bei acutem Trachom und beim Pannus trachomatosus), es muss hier natürlich längere Zeit angewandt werden. 3) Bei chronischer Dacryocystoblennorrhoe lässt sich in nicht allzu veralteten Fällen manchmal ein vollständiges Versiegen der schleimig-eitrigen Absonderung des Thränensackes erzielen, so dass die Sondirung erspart werden kann. Es ist ratsam, den Patienten sich horizontal hinlegen zu lassen und ihn aufzufordern, nach der Application des Sublimats — der die Entleerung des Thränensacks durch Fingerdruck vorangehen muss — die Augen mehrmals hintereinander fest zu schliessen und zu öffnen, um dadurch die Aufsaugung des Mittels in den Thränensack zu befördern.

Bei Blennorrhoea neonatorum zeigt die Behandlung mit Sublimat keinerlei Vorteil gegenüber der Argentum.

Die subjectiven Beschwerden bei Sublimatapplication sind individuell sehr verschieden, häufig sind sie ganz unbedeutend, selten ist die Schmerzhaftigkeit so stark, dass von weiterer Anwendung Abstand genommen werden muss. Der Verordnung der Sublimatlösung soll man immer „sine spiritu“ hinzufügen. Der Zusatz von Cocain verbietet sich aus chemischen Gründen.

Zum eigenen Gebrauch des Patienten soll man die starke Sublimatlösung bei Augenaffectionen nie verschreiben. In der Hand des Arztes ist die Behandlung der geeigneten Fälle eine ebenso unschädliche als wirksame Methode.

Schnell-Egeln.

Die moderne Behandlung des Klumpfusses. Von A. Hoffa. S. aus „Deutsche Praxis“ 1899, 11, 13, 14. München, Seitz & Schauer. Preis Mk. 1,80.

Bei der grossen Zahl der zur Behandlung des Klumpfusses angegebenen Methoden ist es sicherlich mit Freude und mit Dank zu begrüssen, wenn ein Mann von der Erfahrung eines H. uns seine Ansichten über die Behandlung des Klumpfusses mitteilt. H. stützt seine

in dem oben erwähnten Aufsätze gemachten Ausführungen auf die innerhalb von 10 Jahren an nahezu 80 Pat. gemachten Beobachtungen und präcisiert seinen Standpunkt dahin, „dass wir mit den modernen Hilfsmitteln im Stande sind, selbst die schwersten Kf. erwachsener Personen ohne eingreifende blutige Operationen zu heilen“, und zwar betrachtet er einen Kf. als geheilt, wenn nicht nur der Fuss seine richtige Form erhalten hat, sondern wenn der Pat. auch instande ist, sich aktiv auf die Zehen zu erheben und dann bei Zehenstand Kniebeugung und -streckung auszuführen“. Um dieses Ziel zu erreichen, muss man bei dem angeborenen Kf. die Behandlung möglichst frühzeitig beginnen, indem man mit Hilfe von zweimal täglich vorgenommenen systematisch redressierenden Bewegungen mit daran angeschlossener Massage die Stellung des Fusses korrigiert und in der Zwischenzeit durch eine passend angelegte Binde, später durch eine Schiene (am besten die von Beely angegebene) eine möglichst redressierte Stellung bewahrt. Bis das Kind laufen lernt, ist die Correctur dann schon so weit vorgeschritten, dass ein Klumpfussschuh genügt, am besten ein von H. konstruierter Schienenhülsenapparat, der die Fortsetzung von gymnastischen Bewegungen und Massage ermöglicht. Sind schon Monate oder selbst Jahre seit der Geburt verflossen, so nimmt H. die forcierte Redression in Narcose nach König vor mit Tenotomie der Achillessehne und ev. subcutaner Durchtrennung der Plantarfascie; zum bessern Fassen des kleinen Kinderfusses hat sich ihm dabei eine von Thomas angegebene Handhabe bestens bewährt. Bei älteren Pat. macht H. nach dem Vorgange von Lorenz von dem Redresseur-Osteoclasten Gebrauch. Dabei ist aber jegliche rohe Gewalt zu vermeiden, und in mehreren Sitzungen ein etappenweises Vorgehen einzuschlagen. Ist die Redression gelungen, so wird ein gut sitzender Gypsverband angelegt, der nach 4—6 Wochen durch den Klumpfussapparat ersetzt wird. Betreffs weiterer Einzelheiten muss auf das mit 24 gelungenen Abbildungen versehene Original verwiesen werden, dessen Studium jedem Collegen auf das angelegentlichste empfohlen werden kann.

Bauer-Zell i. W.

Eine operierte Occipitalmeningocele, Lumbalpunktion, Heilung. Von K. Preisich. (Gyermek. 1899. No. 4.)

Am Occiput des sechs Monate alten, gut entwickelten L. K. befindet sich eine apfelgrosse Geschwulst, die ursprünglich nussgross gewesen sein soll. Der Kopf zeigt bis auf seinen Umfang — 45.5 cm — überall normale Verhältnisse. Der Tumor entspringt an der Stelle der kleinen Fontanelle, ist gestielt, birnförmig, von normaler Kopfhaut bedeckt, die sich an ihrer äussersten Peripherie ungleichmässig verdünnt und eine farblose Flüssigkeit durchschimmern lässt. In der Basis des Geschwulststieles ist eine seichte Vertiefung nachweisbar, welche einerseits von den Seitenwandbeinen, andererseits von dem Os occipitale begrenzt wird. Der Tumor, dessen Circumferenz 17 cm beträgt, fühlt sich weich an und ist comprimierbar; auf stärkeren Druck wölbt sich die grosse Fontanelle merklich hervor. —

Am 26. Mai 1898 wurde das Kind operiert (Ligatur) und ent-

puppte sich die Geschwulst als eine Meningocele; einen Tag nach der Operation wird der Kranke unruhig, schreit sehr oft auf, atmet stertorös und erbricht sich, bleibt aber fieberfrei. 29./5. stellt sich Strabismus ein; 30./5. wird der Verband erneut, worauf Erbrechen und Unruhe verschwinden, der Allgemeinzustand sich bessert. Am 14./6. erreicht der Kopfumfang 46.5 cm, auch zeigen sich Hirndruckercheinungen, zu deren Hebung die Lumbalpunktion gemacht wird; die aspirierte Crebrospinalflüssigkeit beläuft sich auf 30 gr. Bis auf den Strabismus verschwinden alle gefahrdrohenden Erscheinungen; das Kind nimmt die Brust gerne, gedeiht auch zusehends, doch schon Ende Juni tritt wieder Verschlimmerung ein, der Kopfumfang steigt bis 47.5 cm, mit ihm Hand in Hand stellen sich die schwersten Druckerscheinungen ein, so dass zum zweiten Mal zur Lumbalpunktion gegriffen und 45 □cm farblose Flüssigkeit entleert wird. Die Unruhe verschwindet ganz, der Schlaf ist normal, doch besteht der Strabismus weiter. Ende Juli ist die Operationswunde ganz vernarbt und das Kind wird aus dem Stefanie-Kinderspital entlassen. P. beobachtete den Knaben bis zum 20. Lebensjahre; der Kopfumfang beträgt 49.5 cm, die geistigen Fähigkeiten sind normal entwickelt, das Knochensystem etwas rachitisch, die Muskulatur mässig stark, der Strabismus sehr gering. —

L. Bruck-Budapest.

Paediatrisches aus der Festschrift des Stadtkrankenhauses zu Dresden. Mitgeteilt von Dr. C. Baron-Dresden.

Am 27. Nov. 1899 erfüllten sich 50 Jahre seit dem Tage, an welchem das Dresdner Stadtkrankenhaus in sein jetziges Heim, das ehemalige Marcolinische Palais an der Friedrichstrasse übersiedelte, und wenn auch ein halbes Säculum für eine derartige Anstalt kein langer Zeitraum ist, so erschien doch aus verschiedenen Gründen eine festliche Begehung des Tages gerechtfertigt. Als eins der äusseren Zeichen der Feier erschien eine stattliche und würdig ausgeschmückte Festschrift, welche in einen mehr die Verwaltungs- und Entwicklungsgeschichte des Hospitals behandelnden und zahlreiche an sich sehr interessante Statistiken enthaltenden und in einen wissenschaftlichen Teil zerfällt. Dem letzteren gehören die Arbeiten, über welche im folgenden referiert werden soll, an.

Aus der Feder des weit über Dresdens Mauern hinaus bekannten Kinderarztes Unruh stammt eine Arbeit über gleichzeitiges Erkranken an Scharlach und Masern. Veranlasst durch eine Bemerkung Langes im 42. Bd. des Jahrb. für Kinderheilkunde, „dass man nur gewaltsam eine gegenseitige Beeinflussung der beiden Krankheiten zurechtschmieden könne“ und „dass der Verlauf einer Krankheit durch die koincidierende andere Erkrankung in keiner Weise gestört, verändert oder gesteigert werde, vielmehr beide Krankheiten unter Umständen vollkommen parallel ohne einander zu beeinflussen, verliefen,“ hat U. dieser Frage ein Augenmerk zugewandt und an der Hand des Materials des Hospitals der Kinderheilanstalt und seiner grossen Privatpraxis studiert. Unter diesen Fällen fand Autor fünf Masernkranke, die nachträglich Scharlach erwarben und zwölf Schar-

lachkranke, die nachträglich an Masern erkrankten. Es sind hierunter nur solche Fälle zu verstehen, in denen die Masern vor beendeter Abschuppung des Scharlalexanthems bez. in denen der Scharlach spätestens vor dem vollständigen Erbleichen des Masernexanthems auftraten. Dagegen gehören nicht hierzu alle Erkrankungen an Masern oder Scharlach, welche in eine spätere Zeit, in die Reconvalescenz fallen. Die Krankheiten scheinen sich nach U. denn doch zu beeinflussen, insofern die nachfolgende Erkrankung zumeist einen schweren Verlauf zeigt, auch sind Masern nach Scharlach ein ernsteres Ereignis als Scharlach nach Masern. Ebenso scheint die Gefahr eines schweren Verlaufes und eines tödlichen Ausgangs um so grösser zu sein, je rascher die Masernerkrankung dem Scharlach folgt. Alter und Geschlecht geben nach U. für keinen der beiden Fälle eine besondere Disposition. Die Mehrzahl der Todesfälle zeigt das Alter von 3—6 Jahren. Die Schwere der ersten Krankheit ist anscheinend auf den Verlauf und den Ausgang der nachfolgenden ohne Einfluss, ebenso wie der jeweilige Charakter der herrschenden Epidemie.

Die nach Masern aufgetretenen Scharlachfälle zeigten mit Ausnahme einer protrahierten Reconvalescenz keine Besonderheiten, hingegen waren die Masernerkrankungen nach Scharlach sämtlich durch einen abnormen und besonders schweren Verlauf ausgezeichnet.

Nach alledem spricht sich U. entgegen den Lange'schen Sätzen dahin aus, dass das gleichzeitige Auftreten von Masern und Scharlach und namentlich das Erkranken an Masern nach Scharlach unter allen Umständen ein ernstes Ereignis ist.

Ueber chronische Herzstörungen nach Diphtherie berichtet Schmaltz auf Grund von 81 klinisch genau beobachteten und während eines Zeitraumes von 4 Jahren grösstenteils mehrfach nachuntersuchten Fällen. Sie sind einer Gesamtzahl von ca. 500 Diphtherieerkrankungen entnommen. Während eine grössere Zahl von Fällen, in denen während der Diphtherie Herzstörungen beobachtet wurden, in kurzer Zeit dauernd geheilt wurden, finden sich auch nicht wenig Fälle, bei denen mehr weniger ausgesprochene Störungen am Herzen für lange Zeit zurückgeblieben sind, und zwar konnte dies Sch. unter 56 Fällen, die ein Jahr und darüber beobachtet waren, bei 28 oder 50% konstatieren. Unter 41 Fällen, die zwei Jahre und darüber beobachtet wurden, betrug das Verhältnis 17 oder 41.5%, bei 19 mindestens 3 Jahr kontrollierten Fällen 8 oder 42.1%. Die Gleichheit der letzten beiden Prozentzahlen macht es wahrscheinlich, dass diese Herzstörungen, wenn sie einmal das 2. Jahr überstanden haben, für längere Zeit bestehen zu bleiben pflegen. Ob ein Uebergang in die chronische Form eintreten wird, lässt sich bei keinem Falle voraussehen. Das Hauptsymptom in der späten Zeit der Erkrankung ist das persistierende systolische Geräusch am linken Herzen, das namentlich dann von Bedeutung ist, wenn es von einer Accentuation des 2. Pulmonaltones begleitet ist. Der Umstand, dass die Mehrzahl der Kinder wenig oder keine Beschwerden von ihrer Herzaffektion haben, darf den Arzt über die Bedeutung derselben nicht täuschen, da bekanntlich im Kindesalter das Herz über eine grosse Reservekraft verfügt. Wie sich aber das durch diphtherische Myocarditis

nachhaltig geschädigte Herz in der Pubertätszeit und gegenüber den Schädlichkeiten des späteren Lebens verhalten wird, muss erst weitere Beobachtung lehren.

Ueber bewegliche Nieren bei Kindern handelt ein Artikel des Ref. (Baron) in welchem derselbe an der Hand von 283 genau untersuchten Fällen nachweist, dass die bewegliche Niere schon im Kindesalter eine keineswegs seltene Erscheinung, namentlich beim weiblichen Geschlechte ist. Von 131 Knaben hatten 126 (= 96.2 %) von 152 Mädchen 95 (= 62.5 %) normal gelagerte Nieren. 57 Mädchen hatten mehr weniger dislocierbare Nieren und zwar wiesen 39 nur einen geringen Grad von Beweglichkeit auf. Bei 13 war die Hälfte, bei 2 ca. $\frac{2}{3}$ und bei dreien das ganze Organ abzutasten. Auf Grund dieser Erfahrungen kommt B. zu dem Schlusse, dass, wie es schon Senator u. A. angenommen haben, die angeborene Anlage bei der Aetiologie der Wanderniere das bei weitem vorherrschende Moment zu sein scheint und dass die sonst angegebenen Ursachen (z. B. das vielbeschuldigte Schnürleib, gehäuften Entbindungen etc.) meist nur befördernd auf eine bereits vorhandene Disposition einwirken.

Die von Förster verfasste Diphtheriestatistik, welche die im Stadtkrankenhaus in den Jahren 1849—1898 behandelten Fälle umfasst, eignet sich nicht zum Referate. In einer zweiten kleinen Arbeit macht derselbe Autor einige casuistische Mitteilungen zur Kenntnis der Incubationszeit von Diphtherie, Scharlach, Masern und Varicellen, und zwar konnte er bei 4 Diphtheriefällen dieselbe mit grosser Genauigkeit auf 2, $2\frac{1}{2}$ und 3 Tage feststellen. Für Scharlach betrug dieselbe in einem Falle 2, in einem 2—3 und in einem dritten 3 Tage. Bezüglich der Masern zeigten die Zahlen ziemlich grosse Schwankungen. Bis zum Beginne der Prodrome differierte die Zeit zwischen $6\frac{1}{2}$ und 14 Tagen, bis zum Beginn des Exanthems zwischen 11 und 16 Tagen. Der Ausbruch selbst währte 1—3 Tage. Bei Varicellen fand F. 14 bez. 18 Tage als Incubationsdauer. Eine dritte Veröffentlichung F.'s behandelt einen Fall von chronischen Alkoholismus im Kindesalter. An der Kinderklinik zu Leipzig behandelte F. 1896 einen Knaben an schwerer Diphtherie. Der intubierte Knabe war auffallend unruhig und widerspenstig, jede Manipulation rief schwere Aufregungszustände hervor. Die definitive Extubation war deshalb besonders schwierig und das Kind musste während 15 Tagen 12 mal intubiert werden. Einige Zeit nach der Entlassung sah F. das Kind wieder und erfuhr dabei, dass der Knabe sich meist in der väterlichen Gaststube aufhalte und dabei von den Gästen öfters einen Schluck Bier erhalte. Im Ganzen mögen dem Knaben täglich auf diese Weise 1— $1\frac{1}{2}$ Glas Lagerbier eingefüllt worden sein. Ausserdem erhielt das Kind täglich mittags ein Schnittchen Bairisch. Die daraufhin vorgenommene Untersuchung ergab eine auffallend grosse und harte Leber und entschieden verschlechterten Ernährungszustand. Der zweite Fall betrifft eine im Verlaufe eines Keuchhustens aufgetretenen genuine Pneumonie des rechten Ober- und Unterlappens bei einem erst 3 Jahr 8 Mon. alten Kinde, dessen Herz durch chronischen Alkoholgenuss (Restaurationskind, das jeden Tag nicht nur sein Glas Bier, sondern mitunter auch Eiercognac etc

bekommen und gleichfalls aus den Gläsern der Gäste mitgetrunken hatte) geschädigt war, sodass es nicht nur zu einer hochgradigen Dilatation beider Herzhälften, sondern mit Eintritt der Reize auch zu einem sehr schwerem Collaps kam. Die Delirien ähnelten in ihrer Form sehr den Alkoholdelirien Erwachsener; ausserdem fand sich eine schon ziemlich weit vorgeschrittene Cirrhose der Leber, die im Verlaufe und im Anschluss an die akute Erkrankung der Lunge die ersten schweren Symptome (Vergrösserung der Leber, Ascites und Milztumor) bemerken liess.

Die letzte uns interessierende Arbeit ist die von G. Schmorl: Zur pathologischen Anatomie der Knochenveränderungen bei Morbus Barlow. Autor war in der Lage, in 2 neuen Fällen nicht nur die gröberen mit blossem Auge wahrnehmbaren Veränderungen an den Knochen, sondern auch die diesen Veränderungen zu Grunde liegenden feineren, nur mit Hilfe des Mikroskopes wahrnehmbaren Läsionen eingehend zu studieren. Klinisch boten die beiden Krankheitsfälle das allgemein bekannte Bild. Pathologisch-anatomisch zeigten beide Fälle an der Knorpelknochengrenze zweifellos die Zeichen einer zum Stillstand gekommenen geringfügigen Rhachitis. Ausserdem fanden sich aber an sämtlichen untersuchten Knochen tiefgreifende Veränderungen, die unzweifelhaft mit Rhachitis nichts zu thun haben. Dieselben sind dadurch charakteristisch, dass einerseits die Knochen-substanz eine Veränderung gegen die Norm erfährt, dass andererseits das Knochenmark in den peripheren Enden der Diaphysen seinen lymphoiden Charakter verlässt und dass endlich periostale und endostale Blutungen auftreten. Die Veränderung der Knochen-substanz ist teils durch eine mangelhafte Apposition neuer Knochen-substanz, teils durch eine Resorption bereits ausgebildeten Knochengewebes bedingt. Beide Vorgänge führen an der Diaphysenrinde zu einer mehr oder minder starken Verdünnung und Osteoporose.

An den peripheren Teilen der Höhlenknochen und in den Knochenkernen, also im Gebiete der endochondralen Ossification, führt die mangelhafte Apposition und die Resorption zu weit augenfälligeren Veränderungen als an der Knochenrinde. Es werden hier zwar die Pfeiler der verkalkten Knorpelgrundsubstanz in regelrechter Weise gebildet, aber sie werden nicht wie in der Norm diaphysenwärts rasch in dicke Spongiosabälkchen umgewandelt, sondern es gehen aus ihnen infolge des Fehlens bez. der mangelhaften Leistungsfähigkeit der Osteoblasten nur dünne, aber völlig verkalkte Knochenbälkchen hervor, von denen aber nur ein Teil dauernd erhalten bleibt.

Die Resorption beschränkt sich aber nicht nur auf die jüngst ausgebildeten Knochen-trabekel, sondern es werden auch schon ältere Spongiosabalken aufgelöst und es tritt auch in den tieferen Teilen der peripheren Enden der Diaphyse und im Zentrum der Knochenkerne eine Verminderung der Knochen-trabekel ein. Und während sonst bei Kindern in jenem Alter die Markhöhle in ihrer ganzen Ausdehnung mit lymphoidem Mark erfüllt ist, finden wir beim Morb. Barlow an den peripheren Enden, in den Diaphysen und in den Knochenkerne ein feinfaseriges Gewebe, in dem die spezifischen Markzellen nur spärlich vorhanden sind, während spindelförmige und stern-

förmige Elemente reichlicher als in der Norm hervortreten. Ausserdem aber ist die Armut an Blutgefässen besonders bemerkenswert.

Betreffs der Epiphysenlösungen fand auch Sch., dass es echte Fracturen sind, so zwar, dass die Abtrennung der Epiphyse von der Diaphyse in der Regel im Bereiche der letzteren, dicht unterhalb der Knorpelknochengrenze stattfindet, dass aber auch die Trennungslinie von der Diaphyse auf die Wucherungszone des Knorpels übergreifen kann.

Hinsichtlich der Blutungen hält es der Autor für sehr wahrscheinlich, dass bei deren Entstehung an den langen Röhrenknochen und an den Rippen Fracturen und Infracturen eine sehr wesentliche Rolle spielen und sucht diese Ansicht an der Hand der Sectionsbefunde zu beweisen.

Bezüglich der Natur der bei Morb. Barlow auftretenden Knochenveränderungen unterliegt es keinem Zweifel, dass die Erkrankung unabhängig von angeborener Syphilis entsteht. Auch ist Sch. ferner der Ansicht, dass sie von der Rhachitis unabhängig ist. Nicht von der Hand zu weisen sei dagegen die Möglichkeit, dass es sich um eine scorbutische Affection handle und auch die Hypothese, dass der Morbus Barlow durch Bakterien hervorgerufen werde, wird durch den Umstand, dass auch Sch. bei seinen Kulturversuchen keine Bakterien gefunden hat, die er hätte als specifisch ansehen können, nicht ohne weiteres hinfällig, da es sich um Bakterien handeln könnte, die sich mit unseren jetzigen Untersuchungsmethoden nicht nachweisen lassen.

Gesundheitspflege.

Körperliche und geistige Früh- und Spätentwicklung.
 Von Dr. Baur. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 1899, No. 12,
 Alle geistig auffallend frühreifen Kinder sind pathologisch ange-

legt. Entweder hat bei ihnen das Nervensystem schon in zarter Jugend Erschütterungen erfahren, oder es ist durch Vererbung besonders reizbar. Der körperlichen Hyperästhesie entsprechend giebt es auch eine geistige. Sie ist wie die körperliche ein Reizzustand und schlägt unter ungünstigen Umständen leicht in Erschlaffung und Lähmung um. Es ist deshalb falsch, wie es leider so oft geschieht, durch besonders complicierte Fragestellungen, sowie durch übertriebenes Lob diese Kinder noch mehr zu überreizen.

Die Schule, nicht minder die häusliche Erziehung, haben solchen Wunderkindern gegenüber die Aufgabe, ihre Phantasie und übersprudelnde Verstandesthätigkeit durch Pflege körperlicher Spiele etc. möglichst abzulenken. —

Unter körperlicher Frühreife versteht man im engeren Sinne die frühzeitige Entwicklung der Geschlechtssphäre. Solche Kinder vom Schulunterricht ganz auszuschliessen, wäre zu weit gegangen, doch wird man, besonders bei Mädchen, mit Rücksicht darauf, dass vieles Sitzen Blutstockungen in den Beckenorganen veranlasst, darauf halten, dass sich die Kinder öfters im Freien ergehen und körperliche

Uebungen treiben. Zu den körperlich schwachen Kindern sind nicht nur die Schwächlinge, sondern auch die mit einem chronischen Leiden Behafteten zu rechnen. Viele bedürfen des gänzlichen Ausschlusses aus der Schule, andere nur einer teilweisen Einschränkung des Schulbesuches. Bei letzteren müssten Arzt und Lehrer gemeinschaftlich diejenigen Unterrichtsfächer feststellen, von denen das Kind zu befreien ist. Zweckmässig wäre es auch, pathologische Klassen einzurichten, in denen dahin gehörige Kinder unter einem dazu befähigten Lehrer unterrichtet werden. Mehr als 20 Schüler dürfte eine solche Klasse nicht umfassen. Auch die Krüppel sind, wie das schon in Norwegen geschieht, in gesonderten Klassen unterzubringen. Nicht weniger erforderlich wären Sonderklassen für geistig inferiore Kinder. Hierbei unterscheidet man gewöhnlich vier Stufen: 1) den Blödsinn, 2) den nicht bildungsfähigen Schwachsinn, 3) den bildungsfähigen Schwachsinn, 4) die Schwachköpfigkeit. Für den Pädagogen kommen nur die letzten beiden in Betracht. Die bildungsfähigen Schwachsinnigen sind in besonderen Anstalten unterzubringen, die individualisierend Geist und Körper zu bilden haben, ersteres vorzugsweise durch Anschauungsunterricht, letzteres durch Gymnastik. Günstigere Erfolge giebt die individuelle Behandlung der Schwachköpfigen, deren es eine gewisse Zahl ja in jeder Schule giebt. Mit den anderen Kindern können sie nicht mitkommen, im Gegenteil, sie verlieren an Selbstvertrauen und kommen immer mehr zurück. Ganz anders verhalten sie sich, wenn sie in schwachbelegten Sonderklassen unterrichtet werden. Da giebt es fast durchweg überraschend günstige Erfolge. Deutschland zählt gegenwärtig über 200 solcher Schulen. Manchmal giebt es unter den sehr begabt scheinenden Schülern solche, die nur bis zu einer gewissen Stufe mitkommen, dann aber zu versagen beginnen und bei überstrenger Anwendung der Zuchtmittel bis zu geistig Inferioren herabsinken. Solche Kinder frühzeitig richtig zu beurteilen ist für den Lehrer ausserordentlich schwierig. Charakteristisch sind bei ihnen gewisse Gemütsveränderungen: sie sind auffallend reizbar, eigensinnig, häufig grausam, andere weichherzig, wieder andere teilnahmslos; manche sind zu ruhig, manche auffallend unruhig, in fortwährender Bewegung. Auch diese Kinder gehören in die Sonderklassen.

Der Unterricht der geistigen Schwächlinge wird vom Lehrer nur dann erspriesslich geleitet werden können, wenn er vom Arzt beraten wird. Aber auch die Eltern müssten bezüglich der Behandlung im Hause Winke erhalten, damit nicht das in der Schule mühsam Gewonnene gestört wird.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Rezensionen.

Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase.
 Von Dr. L. Brandt. Heft 1. Defekte und Phosphornecrose. Mit
 14 Abbildungen im Text. Berlin, Aug. Hirschwald, 1899. Preis
 1 Mk. 60 Pf.

Verf. geht von der Ansicht aus, dass Missbildungen auf Einflüsse der Eltern, also auf ererbte Anlage, zurückzuführen seien, und nicht auf zufällige Störungen des Fötus. Er geht näher auf die Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, den Wolfsrachen, ein, indem er zunächst in historisch-kritischer Uebersicht die verschiedenen plastischen Operationen vorführt, welche zur Ausbildung des Defektes dienen sollten, um zuletzt mit Hueter zu behaupten, „dass die prothetische Ergänzung durch Obturatoren den Ergebnissen der plastischen Kunst überlegen sei.“ Es folgt eine geschichtliche und kritische Vergleichung der verschiedenen Obturatoren, welche feststellt, dass die von dem Verf. erfundenen Blasen-Obturatoren sich in schwierigsten Fällen am besten bewährt haben. Als Praktiker dürfte er wohl beanspruchen, dass sein Rat gehört werde, dass nämlich die Chirurgen sich unter schwierigen Verhältnissen vorher mit dem Prothetiker besprechen, dass nicht dieser p. operationun ungünstigere Umstände vorfinde und gar der status quo ante wieder hergestellt werden muss.

In Th. II tritt Verf. lebhafter für sofortigen Ersatz bei erworbenen Verletzungen (Schuss, Stoss, Schlag, Sarcom etc.) ein und begründet durch Anführung einer Anzahl von Fällen diese These mit Wegfall narbiger und knöcherner Verwachsungen. Der Praktiker wird nur beipflichten.

Th. III. Erworbene Defekte auf konstitutioneller Basis. Behandelt die bekannten syphilitischen Einschmelzungen am Oberkiefer und ihren Ersatz.

Th. IV. Phosphornekrose. Verf. geht von der jetzt allgemein herrschenden Ansicht aus, „dass der Weg, den die Fäulnisgifte wandern, entweder der eines kariösen oder auch eines gesunden Zahnes ist, dessen Alveole von ossifizierender Ostitis und Periostitis befallen ist“ und bemängelt eifrig das Fehlen regelmässig wiederkehrender zahnärztlicher Untersuchung. Ein frühzeitiges radikales Eingreifen des Messers und Meissels ist bei erkannter Krankheit das Beste. Darauf hat sofort das Einsetzen des künstlichen Ersatzes zu folgen. — Die Abbildungen sind klar und die reichlich angeführte Litteratur gestattet bequem eine Kontrolle der Schlussfolgerungen. Das Heft ist flott und instruktiv geschrieben. Merkwürdig berührt neben anderen seltenen Fremdwörtern das Wort „Contreguss“.

Wille-Worms.

Zur Lösung des Problems der Heilbarkeit der Lungentuberkulose. Von Dr. S. Carossa. München, Seitz und Schauer, 1899. Preis 1 Mk. 20 Pf.

Das Problem ist nach Verf. als gelöst zu betrachten und zwar durch die Anwendung des Pilocarpins als antihyperämischen Mittels; die expectorirende Wirkung des Pilocarpus ist nur secundär. „Während sonst die Aufhellung der Dämpfung als Folge der Heilung gilt, ist sie bei dieser Therapie das Primäre.“ „Ist das Gewebe der Lunge normal gemacht und dadurch der sumpfige Boden, auf dem der Koch'sche Bacillus gedeihen konnte, trocken gelegt, so erfüllt sich ja die Forderung der Bazillenvernichtung ganz von selbst.“ (Mit spielender Leichtigkeit? Ref.)

Die Resultate würden noch bessere sein, wenn Verf. nicht

mit Ortsentfernungen, Vorurteilen und begreiflichen und notwendig sich einstellenden Gegeneinflüssen zu thun gehabt hätte, wie es ja eigentlich nicht anders sein konnte. (Immer noch die so oft gerügte Verkennung des Genies. Ref.)

Wenn Pilocarpin allein wohl eine Besserung des physikalischen Befundes, aber keine Besserung des Appetits, der Ernährung, also des Allgemeinzustandes zuwege brachte, gab Verf. das wirksame Princip der Condurango, welches den schönen Namen Eugastrin führt und in derselben Apotheke angefertigt wird, woselbst auch Dr. Carossa's Antihyperäminpillen zu haben sind.

Verf. hat den Hauptteil der Schrift als zwei Artikel in einem Münchener Fachblatte veröffentlicht gehabt. Er hält es nicht der Mühe wert, eine Umarbeitung und Verschmelzung mit nachträglichen Auslassungen vorzunehmen, sondern giebt diese als Kommentare.

Köppen-Norden.

Das erste Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen. Von Dr. F. Fischer. Jena, Gustav Fischer, 1899. Preis 1 M. 20 Pf.

Ogleich es an populären Werken über die Pflege und Ernährung der Kinder im ersten Lebensjahr nicht mangelt, so dürfte das vorliegende Büchelchen dennoch Müttern und Kinderpflegerinnen recht anzuempfehlen sein, denn es gehört sicher zu den besseren seines Genres und dürfte auch dem angehenden Arzte manch wertvollen Wink für die Kinderpraxis erteilen.

S.

Erlebtes und Erstrebtes. Für die Jugendzeit. Von Dr. Edm. Rothe. Bremen, Diercksen & Wichlein, 1899.

In vorliegenden Lebenserinnerungen giebt ein älterer angesehener Arzt eine zweite Artikelreihe seiner in Memoirenform geschriebenen Biographie heraus. Durchweg flott und interessant geschrieben, wird das Werkchen nicht ohne Interesse auch von den Kollegen gelesen werden.

S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ueber Behandlung der Rachitis mit Nebennieren-substanz. Vorläufige Mittheilung von Stöltzner.

S. hat sich seit über einem Jahre die Rachitis mit Nebennieren-substanz behandelt und fasst seine an 76 Kranken gewonnenen Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

1. Ausgezeichnet beeinflusst wird das Allgemeinbefinden, die Unruhe, die Empfindlichkeit, die Schweisse, die vasomotorische Erregbarkeit, und ganz besonders auch die Craniotabas. Häufig werden die genannten Symptome schon in 1—2 Wochen wesentlich gebessert.

2. Das Durchbrechen der Zähne und die Erlernung des Sitzens, Stehens und Laufens wird durch die Behandlung deutlich befördert; auch verliert sich die Weichheit des Thorax oft schnell.

3. Die Grösse der Fontanelle, die Deformität des Thorax, der Rosenkranz und die Epiphysenschwellungen werden weniger beeinflusst.

4. Der Glottiskampf widersteht der Behandlung fast immer hartnäckig.

5. Meist tritt in den ersten Wochen der Behandlung schnell eine erhebliche Besserung ein, die dann weiter langsam fortschreitet.

6. Bei Unterbrechung der Behandlung tritt gewöhnlich Stillstand der Besserung oder Verschlechterung ein.

7. Selbst in schwer complicierten Fällen (Lues, Darmkatarrh, Bronchitiden und Pneumonien) wird die Rachitis gewöhnlich sichtlich gebessert. (Deutsche med. Wochenschr. 99.)

Schnell-Egeln.

— „Hydromise“ Watte zum Schutze des Mittelohrs gegen Feuchtigkeit bei perforiertem Trommelfell empfiehlt Knopf. Hat sich nach einer eitrigen Mittelohrentzündung die Perforation des Trommelfelles nicht geschlossen, so kann sehr leicht durch irgend welche Schädlichkeiten ein Recidiv auftreten; unter diesen nimmt das Eindringen von Wasch- oder Badewasser die erste Stelle ein. Das Baden zu verbieten, ist nicht hygienisch. Unsere gewöhnliche Wundwatte ist hydrophil. Die Methode, die Watte mit Oel oder Salbe zu bestreichen, hat auch mancherlei Schattenseiten. Die hydromise Watte ist nun eine solche, deren einzelne Fasern genügend Fett enthalten, um kein Wasser durchzulassen. Sie wird von der Verbandstoffabrik Gustav Lippmann in Einsiedel bei Chemnitz „fleischfarben“ hergestellt. (Therap. Monatsh. 1899.)

Schnell-Egeln.

— Bei einem 36 Stunden alten Kinde mit Melaena neonatorum wandte Gutmann folgendes Verfahren an: Er liess 3 Blatt Gelatine in $\frac{1}{4}$ Liter Wasser einige Minuten abkochen und reichte nach der Abkühlung die Hälfte per Clyma, die andere per os. Gleich nach dem Clyma entleerte sich nochmals eine mächtige Menge Blut, das offenbar schon im Mastdarm bereit war. Darauf stand die Blutung, die Tags darauf folgenden Stühle hatten gesunde Röhreibeschaffenheit. Das Kind genas. (Therap. Monatsh. 1899.)

Schnell-Egeln.

— Zur Behandlung der Diarrhoe mit Tannigen. Von Cronkhill.

Verf. hatte während einer Ruhrepidemie Gelegenheit, die Wirkungen des Tannigens zu erproben. Er gab es 23 Patienten, hauptsächlich Kindern, je nach dem Alter 0,5—1,0 g alle drei bis vier Stunden, in wenigen Fällen unter Beigabe von 0,05—0,1 g Calomel. Nur in zwei Fällen blieb der Erfolg aus, bei allen andern sistierten die blutig-schleimigen Stühle schon nach wenigen Dosen von Tannigen und war die Behandlungsdauer eine auffallend kurze. Verf. ist ein begeisteter Verehrer des Tannigens und empfiehlt es nach zweijähriger Prüfung als sicherstes und prompt wirkendes Mittel bei einfacher Diarrhoe und Dysenterie.

(Medical Review 1899.) Drews-Hamburg.

— Die Scrofulose und die Sool- und Seebäder. Von Torday.

Bei der Scrofulose sind drei Stadien zu unterscheiden: Zurückbleiben der Ernährung und Entwicklung, entzündliche, scrofulöse Affektionen, lokale Tuberkulose. Die relative Häufigkeit der Affektion

beträgt ungefähr für das erste Stadium 10 Prozent, für das zweite 68 Prozent, für das dritte 22 Prozent; der Prozentsatz der Scrofulose überhaupt schwankt bis zu 10 Prozent. Sool- und Seebäder sind zur Behandlung der Krankheit sehr geeignet, da sie den Organismus kräftigen und den Stoffwechsel erhöhen; Heilungen wurden bis zu 91 Prozent beobachtet. Soolbäder sind vorteilhafter für blutarme, erethische, scrophulöse Kinder, sowie für solche mit ausgebreiteten nässenden Hautekzemen und lichtscheuen Augenentzündungen. T. bringt in Vorschlag, über die Verbreitung, Lokalisation und Heilungstendenz der Scrofulose eine amtliche Statistik anzulegen, ebenso über die Heilerfolge der Sool- und Seebäder. Die Gründung entsprechender Institute und Hospize ist anzustreben, und zwischen den permanenten Seehospizen und der Leitung der Kinderspitäler ist eine direkte Verbindung zu schaffen.

(Wien. med. Blätter 1900.)

Dr. Goldbaum-Wien.

— Die neueren Phasen des Molkereiwesens und der Säuglings-Ernährung von Liebig bis Backhaus, Von L. Fürst. — Verf. giebt einen kritischen Ueberblick über dieses Thema und empfiehlt, gestützt auf eigene Erfahrung, als bestes Ersatzmittel der Muttermilch das von Backhaus empfohlene Verfahren. (Therap. Monatsh. 99.)

Behrens-Karlsruhe.

Kleine Mitteilungen.

Der 18. Congress für innere Medizin findet v. 18. bis 21. April in Wiesbaden unter dem Vorsitze von Prof. v. Jaksch (Prag) statt. Als Hauptthematata sollen zur Verhandlung gelangen: 1) Die Behandlung der Pneumonie. Ref. v. Korányi (Pest) und Pel (Amsterdam). 2) Die Endocarditis und ihre Beziehungen zu anderen Krankheiten. Ref. Litten (Berlin). Ausserdem sind schon eine Reihe von Vorträgen aus dem Gebiete der inneren Medizin zur Anmeldung gelangt. Anmeldungen für weitere Vorträge, sowie für die mit dem Congress verbundene Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten, soweit sie für die innere Medizin Interesse haben, sind an S.-Rath. Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, zu richten. —

Die von der Verlagsbuchhandlung Osc. Coblenz in Berlin herausgegebenen Prof. Cohn'schen Täfelchen zur Prüfung feinen Farbensinns (Preis 1,20 Mk.) sind für Aerzte sowie für Lehrer und überhaupt solche, die Massenuntersuchungen zur Prüfung des Farbensinns vornehmen wollen, ein sehr einfaches und sicheres Mittel. Durch dieselben werden die oft unzuverlässigen, zeitraubenden und auf subjektives Urteil gegründeten Wollproben bei Massenprüfungen ausgezeichnet ersetzt.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. -- Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. -- Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

April 1900.

Heft 4.

Inhalt: Originalien: **Tripke**, Eine neue Kinderseuche in Coblenz und Umgebung. 73. -- **Hille**, Zur Behandlung der Rhachitis im Anfangsstadium. 81. -- Referate: **Labbe**, Soor. 84. -- **Hilbert**, Streptokokken und Anginen. 85. -- **v. Ammon**, Augenerweiterung der Neugeborenen. 86. -- **Marton**, Retropharyngealabscess. 87. -- **Thiemich**, Imbecillität. 87. -- **Rende**, Alkoholismus. 89. -- **Bloch**, Pemphigus. 90. -- **Rubner** und **Heubner**, Künstliche Ernährung. 91. -- Rezensionen: **Brandt**, Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase. Heft 2. 94. -- Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 95. -- Rezeptformeln für die Kinder-Praxis. 96. -- Kleine Mitteilungen. 96.

Ueber eine neue Kinderseuche in Coblenz und Umgebung.

Von Dr. med. **A. Tripke**, Specialarzt für Kinderkrankheiten in Coblenz.

Ende Januar und den ganzen Monat Februar hatte ich Gelegenheit, unter den Kindern von Coblenz und dessen Umgebung eine grössere Epidemie einer bis jetzt fast gänzlich unbekanntes Krankheit zu beobachten; denn soviel mir bewusst ist, liegen bis jetzt erst aus den letzten Jahren zwei Berichte über eine „neue“ infectiöse Kinderkrankheit vor (1. Zeitschrift für practische Aerzte, Jahrg. 8 No. 11, Seite 353 von Professor Dr. Georg Sticker und 2. Wiener klinische Wochenschrift No. 48, 1899 von Dr. Ad. Schmidt); diese stimmen sowohl unter einander im wesentlichen überein, als auch decken sie sich im Grossen und Ganzen mit meinen eignen Beobachtungen; ich halte jedenfalls nach den mir vorliegenden Berichten die im vorigen Jahre in Graz (Berichterstatter: Ad. Schmidt) und die in der Umgebung von Giessen (Berichterstatter: Professor Sticker) beobachtete „Kinderseuche“ mit der hier in Coblenz im Anfang dieses Jahres herrschenden für vollständig identisch; ich komme später noch einmal speciell darauf zurück.

Da aber, wie ich in letzter Zeit erfahren habe, diese neue Krankheit nicht allein hier und in der Umgebung aufgetreten ist, sondern über ein noch weit grösseres Gebiet verbreitet gewesen zu sein scheint, so wird es wohl in aller Interesse liegen, für heute wenigstens ein genaues und erschöpfendes Bild der Krankheit selbst und ihres Verlaufes während der hiesigen Epidemie zu geben, da sie vielleicht schon in wenigen Jahren zu einer schweren allgemeinen Plage werden kann.

Es bot sich meist folgendes Krankheitsbild: In völligem Wohlbefinden — in fast allen Fällen hatte nur tagsüber eine leichte Diarrhoe bestanden — legten sich die Kinder zu Bett; in der Nacht wachten sie plötzlich auf, verlangten stürmisch zu trinken, und die Eltern bemerkten an den heissen Händen und dem glühendem Kopf, dass die Kinder stark fieberten. Die Unruhe und der brennende Durst hielten die ganze Nacht über an. Früh am Morgen wurde ich gerufen. Gleich beim Eintritt in das Krankenzimmer bemerkte ich auf den ersten Blick, dass ich schwerkranke Kinder vor mir hatte. Bei der Unterstehung fand ich dann einen beide Wangen bedeckenden, hochroten, brennenden, ziemlich scharf gegen die Umgebung abgegrenzten, mit breiten, blässlichen Quaddeln durchsetzten Ausschlag, der unter sich innig zusammenhing d. h. keine gesunde Haut zwischen sich liess. Nach dem Entkleiden zeigte sich auch auf der Brust ein rosenroter Ausschlag, der durch Flecken von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Linse gebildet wurde; zum teil standen diese Flecken isoliert in der gesunden Haut, meist waren sie jedoch breit oder durch zärtere oder stärkere Ausläufer mit einander verbunden, so dass die Brust ein fleckiges, wie marmoriertes, landkartenähnliches Aussehen gewann; jedenfalls war auffällig, dass die einzelnen fleckartigen Eruptionen auf der Brust nicht so dicht bei einander standen, wie auf den Wangen, so dass es für das Auge den Eindruck machte, als wäre der Ausschlag auf der Brust — wenn ich so sagen darf — mehr auseinandergezogen. Die übrige Körperoberfläche zeigte unveränderte Haut; es bestand meist kein Schnupfen; die Mund- und Rachenschleimhaut zeigten keine Veränderungen; die Lymphdrüsen waren nicht geschwellt; die Untersuchung der Lunge und des Herzens ergab einen durchaus negativen Befund; keine Milzschwellung, weicher nicht aufgetriebener Leib; und doch bestand bei Messung per rectum eine Temperatur von 40—41°, Puls 160—180.

Im Laufe der nächsten und übernächsten Tage hatte sich dann der Ausschlag auch über den Leib, den Rücken und die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten ausgebreitet; während Leib und obere Extremitäten regelmässig mitbefallen wurden, blieben der Rücken und die unteren Extremitäten öfters davon verschont; die Stirne und die Schläfe wurden, wenn sie überhaupt von dem Ausschlag befallen wurden, zuletzt ergriffen oder, was ich aber nur zweimal zu beobachten Gelegenheit hatte, sie bedeckten sich gleichzeitig mit den Wangen, und dann war der Verlauf der ganzen Krankheit ein langwierigerer und schwererer als gewöhnlich. Zwar wurden auch in einer ganzen Reihe von Fällen die Beugeseiten der Extremitäten befallen, aber dann bestand der Ausschlag nur aus ganz

feinen, kaum sichtbaren roten Linien; jedenfalls immer ganz frei blieben Hals, Haarboden, Gesäss, *vola manus* und *planta pedis*.

Noch muss ich die Configuration des Ausschlages auf Leib, Rücken, Extremitäten und Stirn erwähnen. Hier war fast nichts mehr von einer diffusen Röte zu sehen, sondern hier bestand der Ausschlag in zierlichen, roten Netzen und Gittern, die die erwähnten Körperteile überzogen und die höchstens an ihren Kreuzungspunkten kleine rote Fleckchen bildeten; auch zeigte, besonders an der Stirn, die ganze zwischen den Gittern liegende Haut ein bläuliches Kolorit; wenn ich bei dem oben gebrauchten Bilde bleiben kann, als ich den Unterschied zwischen dem Ausschlag auf den Wangen und dem auf der Brust erläuterte, so gewann man jetzt den Eindruck, als ob der Ausschlag noch weiter auseinandergezogen wäre, als auf der Brust.

Zwischen dem ersten Auftreten des Ausschlages bis zu seiner letzten Verbreitung verflossen in der Regel zwei bis drei Tage; während dieser ganzen Zeit bestand fast völlige Appetitlosigkeit, stets Fieber zwischen 40° und 41°, kurz, das Bild einer schweren Erkrankung.

Dann blasste der Ausschlag, indem er ein mehr schmutzigräues Aussehen annahm, am ganzen Körper gleichzeitig allmählich ab, um in wiederum zwei bis drei Tagen meist gänzlich verschwunden zu sein; dabei ging gleichzeitig die Temperatur allmählich herunter bis zur Norm. Doch hielt in einigen Fällen das Fieber auch nach gänzlichem Verschwinden des Ausschlages noch ein paar Tage an, ohne dass es mir gelang, die geringste Erklärung hierfür zu finden.

Einige Male habe ich auch einen kritischen Abfall der Temperatur mit plötzlichem Verschwinden des ganzen Ausschlages beobachten können.

Während des Ablassens des Ausschlages bestand keine Abschilferung der Haut, noch blieb eine Pigmentierung zurück.

In der ganzen Zeit der Erkrankung -- Erscheinen und Verschwinden des Ausschlages, also meist 4 bis 6 Tage, selten länger -- trat auch nicht die geringste nachweisbare Complication von seiten irgend eines inneren Organs auf. Dagegen waren selbst vorher blühend aussehende Kinder nach überstandener Krankheit erschreckend abgemagert und zeigten ein beängstigend chlorotisches Aussehen; Kinder, die schon im zweiten oder dritten Monat liefen, waren noch nach Wochen zu schwach zum Gehen oder Stehen; am schwersten herunter kamen rhachitische Kinder, deren es leider hier einen sehr grossen Procentsatz giebt.

Ich will nun noch einige Besonderheiten in dieser Epidemie hervorheben:

In zwei Fällen wurde das Auftreten des Ausschlages und die jeweiligen Nachschübe auf Leib und Extremitäten mit Convulsionen eingeleitet. Viermal erlebte ich Recidive, obgleich die Kinder -- mit einer Ausnahme -- noch streng zu Haus gehalten worden waren; zwei genasen davon innerhalb acht Tagen; die beiden anderen liegen noch jetzt krank darnieder, eines an eines schweren haemorrhagischen, das andere an einer katarrhalischen Nephritis.

Dreimal trat der Ausschlag am zweiten Tage einer schon be-

stehenden Pneumonie auf; in einem Falle bei einem sehr starken anderthalbjährigen Knaben, trat nach äusserst stürmischem Krankheitsverlauf am achten Tage Genesung ein; die beiden anderen Fälle endeten letal an Herzschwäche; das eine Mal, bei einem drei Monate alten Kinde, trat der Exitus schon am zweiten Tage nach Erscheinen des Ausschlages ein, das andere Mal bei einem äusserst kräftigen Jungen von zwei Jahren am 13. Tage: das Krankheitsbild bei letzterem war ein äusserst schweres; es bestand fast die ganze Zeit über Somnolenz.

Bei einigen Familien mit drei Kindern, die nach einander vom Ausschlag befallen wurden, konnte ich eine Abschwächung des bei dem zuerst Befallenen noch schweren Krankheitsbildes beobachten. so zwar, dass der Ausschlag in keiner Weise an Stärke oder Charakteristik eingebüsst hatte, dass aber die ihn sonst stets begleitenden hohen Temperaturen wesentlich niedriger waren, ja bei dem zuletzt befallenen Geschwisterchen oft gar kein Fieber mehr bestand; auch waren die oben erwähnten schweren, die ganze Constitution des Kindes in Mitleidenschaft ziehenden Erscheinungen nach Ablauf der Krankheit bei dem zuletzt befallenen Kinde kaum noch ausgesprochen.

Ich habe nie den Ausschlag bei Erwachsenen auftreten sehen. dagegen öfters bei Säuglingen: sonst war das Alter von ein bis drei Jahren am meisten vertreten.

Soweit meine eignen Beobachtungen der Krankheit selbst und deren Verlauf während der noch jetzt hier herrschenden Epidemie.

Nun noch einige Worte über die beiden schon im Anfang erwähnten Berichte von Ad. Schmidt aus Graz und Prof. Sticker aus Giessen, von denen mir der letztere im Original, der erstere im Referat vorliegt.

Sticker giebt folgendes Krankheitsbild bei der von ihm in der Umgebung von Giessen beobachteten Seuche¹⁾:

Ohne jegliche Vorböten oder nach einem mehrtägigen Schnupfen, seltener nach leichten Schlingbeschwerden erschienen ohne Fieber oder unter geringen Fieberbewegungen auf den Wangen grosse rote Flecke oder symmetrische Quaddeln mit rotem Hof, welche leicht jucken, mitunter stärker brennen, oft gar nicht oder kaum gefühlt werden. Weiter treten über den Vorderarmen und Unterschenkeln, über dem Stamm, über Stirn und Schläfen kleine runde Roseolen oder grössere Flecke, Ringe und Guirlanden auf, welche nach wenigen Stunden ihres Bestehens oder bis zum folgenden Tage sich über die Hautfläche kaum merklich erheben. Haarboden und Hals, Finger und Zehen und die Gesässgegend bleiben auch bei der stärksten Ausbreitung beinahe ganz frei; Ellenbogen, Knie, Brust und Bauch werden in geringerem Maasse befallen, als die übrigen Teile. Am reichlichsten stehen die Flecken auf den Streckseiten der Gliedmassen, an den Schultern und Hüften, an den Hinterbacken bis zu der Fläche, welche beim Sitzen aufliegt.

Meistens verfliessen zwischen dem ersten Erscheinen des Erythems im Gesicht und seiner letzten Verbreitung zwei bis fünf Tage;

¹⁾ Referat Schnell-Egeln. „Kinderarzt“ X. Jahrgang, Heft 9.

seltener verharrt das Erythem an einzelnen Stellen, besonders an den Armen, viele Tage bis in die zweite Woche hinein.

Alle sichtbaren Schleimhäute bleiben fast stets unverändert, ebenso die Lymphdrüsen. Ueberhaupt verläuft das Exanthem unter völligem Wohlbefinden, welches höchstens durch ein mässiges Spannen oder Jucken in der Haut gestört wird. Es verschwindet spurlos ohne Abschilferung, um höchstens eine schwache, bräunliche Verfärbung der Haut, besonders an den Wangen, für einige Zeit zu hinterlassen.

Ad. Schmidt, der in Graz neben einer Rötheln-Epidemie gleichzeitig eine Epidemie der in Rede stehenden „neuen“ Krankheit sah, beschreibt dieselbe folgendermassen²⁾:

Das augenfälligste Symptom ist ein polymorpher, fleckiger Ausschlag, der zuerst und immer an den Wangen zum Vorschein kommt, später auch an der übrigen Gesichtshaut, und der eine Neigung zur Confluenz zeigt. Am Rumpf und ad nates zeigt das Exanthem landkartenförmige Zeichnung, an den Extremitäten gewöhnlich die Form zierlicher Gitter und Netzwerke. Das Erythem verschwindet nach 8—10 Tagen ohne Hinterlassung einer Pigmentierung. Anderweitige Krankheitserscheinungen und subjectives Krankheitsgefühl fehlen oder sind ganz geringfügig.

Diese beiden Berichte stimmen also untereinander fast gänzlich überein und decken sich auch mit meinen eigenen Beobachtungen, wenigstens was die Configuration des Exanthems betrifft, wenn auch in der Lokalisation einige kleine Differenzen obwalten. Jedenfalls muss ein Jeder den Eindruck gewinnen, wenn er sich nur das Bild des Ausschlages an und für sich vor Augen führt, dass es sich in allen drei Fällen um dieselbe Krankheitserscheinung handelt d. h., dass das spezifische Bild des Ausschlages in Graz, Giessen und Coblenz dasselbe war.

Der einzige, aber auch wesentliche Unterschied zwischen jenen beiden Berichten und der hier in Coblenz herrschenden Epidemie ist der, dass die Krankheitserscheinungen bei der Grazer Epidemie „ganz geringfügig“ waren und bei der Giessener Epidemie unter „völligem Wohlbefinden“ verliefen, während hier bei der Coblenzer Epidemie die Krankheit unter schweren Allgemeinerscheinungen auftrat — einmal das hohe Fieber, das andere Mal die nach Ablauf der Krankheit bestehende Kachexie. Dass es sich trotzdem in allen drei Städten um eine von ein und derselben Krankheit hervorgerufene Epidemie handelt, liegt bei mir ausser allem Zweifel; sind wir doch von anderen Infectiouskrankheiten der Kinder her bald schwerere, bald leichtere Epidemien gewöhnt. Ich betone dies absichtlich so genau, weil ich schon jetzt darauf aufmerksam machen will, dass die neue Kinderseuche immer weiter um sich zu greifen scheint, so dass aus ihr vielleicht einmal eine ernstliche Gefahr erwachsen kann.

Die Infectiosität der neuen Krankheit, die auch Sticker und Schmidt als zweifellos ansehen, ist auch diesmal durch den ganzen Verlauf der Epidemie in Coblenz sicher gestellt, allerdings ist die Contagiosität bei weitem nicht so gross wie bei Masern oder Scharlach.

²⁾ Referat Goldbaum-Wien. „Kinderarzt“ XI. Jahrgang, Heft 1.

Es trat überall da, wo eine Trennung der Geschwister unmöglich war, besonders aber wenn zwei Geschwister in einem Bett schliefen, fast immer eine Uebertragung der Krankheit von einem zum andern auf; dagegen habe ich fast immer dadurch die anderen Geschwister vor Infection schützen können, dass ich streng verbot, sie das Krankenzimmer betreten zu lassen; so habe ich auch während der ganzen Zeit keine sogenannten bei Masern so häufigen Hausepidemien beobachtet können. Leider sind wir hier in der Residenzstadt Coblenz noch nicht in der glücklichen Lage, einen Schularzt zu besitzen, dann wäre vielleicht noch viel mehr Klarheit in die hiesige Epidemie gekommen.

Der ganzen Configuration nach muss der in Rede stehende epidemisch auftretende Ausschlag in die Reihe der Erytheme gezählt werden, und zwar war es meist ein reines Erythema simplex seu hyperaemicum, zum Teil auch ein Erythema exsudativum. Der von Sticker und von Ad. Schmidt für die neue Krankheit gebrauchten Bezeichnung: „Erythema infectiosum“ kann ich nur, da sie gut und treffend ist, beistimmen, möchte aber doch, da nun einmal ein Auftreten dieses Erythema teils mit, teils ohne Fieber festgelegt ist, und auch später wieder beide Formen in Erscheinung treten können, ein Erythema infectiosum febrile von einem afebrilen unterschieden wissen.

Da aber auch das Publikum gern einen deutschen Namen für die immer weiter um sich greifende Seuche haben möchte und sich wohl kaum mehr mit der Versicherung, dass es „weder Masern noch Scharlach“ ist, zufrieden geben dürfte, möchte ich den Namen: „Kinderrotlauf“ vorschlagen; dass es der beste nicht ist, weiss ich selbst, aber es ist wenigstens ein Name; dass man dabei auch nicht gleich an Erysipel zu denken braucht, versteht sich von selbst; dafür ist der deutsche Name „Rose“ auch gebräuchlicher.

Was das von anderen Autoren beschriebene gehäufte Auftreten von Erythemen betrifft, so will ich mich heute nicht näher darüber äussern, sondern bitte darüber den in der Zeitschrift für praktische Aerzte Jahrgang 8 No. 11 Seite 353 erschienenen Artikel nachzulesen. Jedenfalls ist, wie ich auch in der Realencyclopädie von Eulenburg gefunden habe, Gall der einzige Autor, der von einem epidemieartigen Auftreten des Erythems und zwar in Bosnien spricht; leider waren die Angaben nicht so, dass ich mir den betreffenden Bericht verschaffen konnte.

Alle übrigen Autoren bestreiten ein epidemieartiges Auftreten des Erythems ganz entschieden und räumen höchstens ein „gehäuftes Auftreten in Frühjahr und Herbst“ ein.

Werfen wir zur Sicherung der Diagnose: Erythema infectiosum febrile noch einen Blick auf die anderen sogenannten akuten Exantheme des Kindesalters: Röteln, Masern, Scharlach, so kann man die letzteren wohl ohne weiteres ausser Betracht lassen, da es eben Masern- oder Scharlachepidemien ohne jegliche Beteiligung der Schleimhäute und des Respirationstractus doch wohl nicht giebt, ganz abgesehen von dem grossen Unterschied in der Form des Ausschlages, und dem Umstand, dass einige kleine Patienten in dieser

Epidemie schon voriges Jahr unter meiner Behandlung Masern überstanden hatten.

Es bleiben dann nur noch die viel umstrittenen Röteln. Entspricht nun auch der leichte Verlauf der Erythemepidemien in Graz und Giessen eher dem der Röteln, so giebt es aber, wie Seitz im Correspondenzblatt der Schweizer Aerzte XX 1890 beschreibt, auch eine „schwere“ Form der Röteln. Indess die Form und die ganze Configuration des Ausschlages bei dem „Kinderrotlauf“ schliesst bei genauer Untersuchung eine Verwechslung mit Röteln ganz sicher aus; denn auch die Röteln — ich halte sie auch wie jetzt wohl die meisten Autoren für eine Krankheit sui generis — zeigen einen ganz charakteristischen, selbst mit Masern nicht leicht zu verwechselnden Ausschlag — und das sind die auch von Hensch als typisch angegebenen „kleinen roten Stippchen“, während es sich bei Masern um „sehr flache Stippchen (Papeln)“ handelt. Jedenfalls gewinnt man bei dem Rötelausschlag den Eindruck, als ob die Stippchen höher wie breit wären, während sie bei den Masern eine bedeutend breitere Basis als Höhe aufweisen. Ich erinnere mich nicht, dass jemand schon auf diesen Unterschied direkt aufmerksam gemacht hat.

Dass die neue Kinderseuche keine Form der Röteln ist, beweist ja am besten der Bericht von Ad. Schmidt, der in Graz eben neben einer Röteln-Epidemie eine Epidemie des Erythema infectiosum afebrile streng aus einander zu halten vermochte; auch ich habe zufällig in den letzten Tagen Fälle von echten Röteln in Behandlung bekommen und konnte sie mühelos von dem Kinderrotlauf trennen.

Noch eine Krankheit möchte ich kurz in den Bereich der Differentialdiagnose ziehen — die Influenza, die auch hier gegenwärtig ziemlich stark auftritt. Es ist ja bekannt, dass die Influenza grade im Kindesalter von „masernähnlichen“ Ausschlägen begleitet ist. Aber sollte man deshalb, weil in einer Stadt nun gerade einmal die Influenza herrscht, alle die Krankheitserscheinungen, die man sich nicht deuten kann oder will, mit oder ohne Ausschlägen, ohne weiteres in den grossen, alles gedulde aufnehmenden Topf der Influenza werfen? Dem Publikum ist ja meist damit Genüge gethan; aber dem denkenden Arzt?

Auch ich habe natürlich während der hiesigen Influenzaepidemie Kinder mit dieser Erkrankung zu behandeln gehabt, aber nie fehlten die Erscheinungen von seiten des gastro-intestinalen oder Respirations-Tractus, Erscheinungen die bei dem Erythema infectiosum febrile eben absolut nicht zu finden waren; dagegen habe ich bei den wirklich an Influenza erkrankten Kindern keinen Ausschlag gesehen.

Ich erwähnte bereits mehrmals oben, dass die neue Kinderseuche nicht nur auf Coblenz und Umgebung beschränkt geblieben ist, sondern auch weitere Bezirke unserer Provinz ergriffen hat und dadurch unser Interesse noch mehr in Anspruch nehmen muss.

So wurde mir von einem Kollegen aus einem Ort, ungefähr 20 km von Coblenz entfernt, Anfang Februar ein vierjähriges Mädchen zugeschickt, bei dem der Kollege, wie mir der Vater berichtete, einen

Herzfehler vermutete, und das ich daraufhin nachuntersuchen sollte. Das Kind war seit vier Tagen krank und zeigte bei der Untersuchung den typischen Ausschlag des Erythema infectiosum in voller Blüte; Temperatur 40,3 Grad; es bestand kein Herzfehler; es liess sich überhaupt keine pathologische Veränderung eines Organs nachweisen. Auf weitere Fragen erfuhr ich, dass das Kind seit vier Tagen fast nichts zu sich genommen hätte und dass ihm, wie der Vater sich drastisch ausdrückte, in den paar Tagen das Fleisch so zu sagen von den Knochen gefallen wäre.

Ende Februar hatte ich den lebenswürdigen Besuch von Kollege Schmidt in Threiss an der Mosel (ungefähr 40 km von Coblenz entfernt); er erwähnte im Laufe des Gesprächs, dass er in letzter Zeit eine unverhältnismässig grosse Anzahl von Kindern in Behandlung gehabt hätte, die sehr stark fieberten, ohne dass sich dafür irgend ein Grund durch Veränderungen der inneren Organe nachweisen liesse; zwar hätte er an den Wangen, der Brust und den Extremitäten einen bis jetzt von ihm noch nicht gesehenen Ausschlag bemerkt, da er aber weder für Röteln, Masern oder Scharlach charakteristisch war, konnte er sich diese Krankheitserscheinungen gar nicht erklären; auch ist ihm die Kachexie der Kinder nach überstandener Krankheit aufgefallen; von derselben rätselhaften Epidemie hätte er auch von andern Kollegen in der Umgebung von Threiss gehört.

Nach eingehender Rücksprache über die Form und das Wesen des Ausschlages zeigte sich eine genaue Uebereinstimmung mit der hier in Coblenz herrschenden Epidemie.

Interessant und beachtenswert sind auch des öfteren in den letzten Wochen in der hiesigen Tagespresse unter der Rubrik „Provinzielles“ erscheinende Berichte, die uns meist mit einer ähnlichen Neuigkeit wie die folgende überraschen: „N. Die Influenza, die allenthalben auftritt, hat auch hier viele Leute aufs Krankenlager geworfen; in manchen Häusern liegen zwei, drei und mehrere Personen krank; bei den Kindern tritt die Krankheit mit eigenartigen Complicationen auf. Bei ihnen ist sie vielfach mit Augentzündung und Ausschlägen verknüpft.“ Sollten die erwähnten eigenartigen Complicationen d. h. der ausdrücklich hervorgehobene Ausschlag bei näherer Beleuchtung nicht vielleicht auch ein Erythema infectiosum gewesen und nur von dem Berichterstatter in den grossen Influenzatopf geworfen worden sein?

Zum Schluss noch ein Wort über die Therapie; sie beschränkte sich nur auf Herabsetzen des Fiebers und Aufhalten der beginnenden Kachexie. Gegen das erstere liess ich je nach Höhe des Fiebers halbstündlich bis stündlich Priessnitzsche Umschläge machen; vor und nach jedem Umschlag wurde ein Löffel Tokayerwein gereicht. Die Umschläge wurden nur in den Nachmittagsstunden angelegt, ev. nachts ein bis dreimal erneuert, vormittag setzte ich mit den Umschlägen aus, liess aber auch Säuglingen reichlich Tokayerwein geben. Ut aliquid fiat, verschrieb ich eine Natron bicarbonicum-Lösung mit etwas Liquor Amonii anisati.

Aeusserst günstig, besonders um die eintretende Kachexie aufzuhalten, wirkt die in Dosen von einem halben bis einen ganzen

Theelöffel pro die gereichte von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld hergestellte Eisen-Somatose (Ferro-Somatose); ich habe sie zum Schluss nicht erst nach überstandener Krankheit, sondern direkt vom ersten Krankheitstage an reichen lassen und sah davon vor allem die wesentliche Wirkung, dass die völlige Appetitlosigkeit sich erheblich besserte und dass dadurch im Verein mit der Eisensomatose an sich die sonst unvermeidliche Schwäche und Kachexie nach überstandener Krankheit in erheblichem Masse vermindert wurde. Da die Eisen-Somatose infolge ihrer Geschmacklosigkeit von Kindern auch ohne Sträuben genommen wird, hat sie mir bei der hiesigen Epidemie des Erythema infectiosum febrile sehr gute Dienste geleistet.

Nachtrag: Ich habe in den letzten Tagen, während ich diesen Bericht schrieb, noch eine Reihe von neuen Fällen mit dem Erythema infectiosum febrile in Behandlung bekommen, bei denen einzelne auch an den Extremitäten, besonders den Unterarmen, die sonst nur an den Wangen beschriebene diffuse, brennende Röte zeigten, während gerade die Brust mit den sonst nur auf dem Leib und den Extremitäten beschriebenen zierlichen Gittern und Netzen bedeckt war; doch zeigte sich diese diffuse Röte nur an den Streckseiten. Mit dieser Berichtigung komme ich dem von Sticker in einem Originalbericht in der Zeitschrift für praktische Aerzte entworfenen Bilde über die Verbreitung des Ausschlages an den Extremitäten noch etwas näher.

Zur Behandlung der Rhachitis im Anfangsstadium.

Von Dr. Hille-Kolberg.

Man hat wohl von einer prophylaktischen Behandlung der Rhachitis gesprochen. Davon kann meines Erachtens keine Rede sein, da wir über die Aetiologie dieser Krankheit noch völlig im Dunkeln sind. Das Einzige, was wir mit Sicherheit behaupten können, ist, dass Kinder, die an der Mutter- oder Ammenbrust ernährt werden, unverhältnismässig viel seltener daran erkranken, als künstlich ernährte Kinder. Darum könnte man in dem Sinne nur den einen Rat geben, Säuglingen die Wohlthat einer natürlichen Ernährung zu verschaffen. Das wird aber auch in Zukunft nur allzu oft ein frommer Wunsch bleiben. Aber selbst, wenn dieser Rat befolgt würde, könnten wir für einen sicheren Erfolg nicht einstehen; denn nicht gar selten ehe Kinder an Rhachitis erkranken, die die Mutterbrust bekommen und selbst unter den denkbar günstigsten hygienischen Verhältnissen aufwachsen.

Um so mehr sind wir verpflichtet, bei jedem, auch bei dem anscheinend gesündesten Kinde darauf zu achten, ob sich Rhachitis entwickelt. Da ich mir das von vornherein zur Aufgabe gemacht habe, weichen meine Anschauungen von den fast allgemein vertretenen in wichtigen Punkten vielfach ab.

Nach meinen Erfahrungen entwickelt sich die Rhachitis fast immer ohne jegliche Vorboten. Es ist durchaus nicht richtig, dass

ein rhachitisches Kind schon im Anfangsstadium oder gar als Prodromalerscheinung in der Regel schlaffe, ungleichmässige Ernährung zeigt, anämisch werde, launischer, oft verdriesslicher Stimmung sei und häufig zu hartnäckigen Katarrhen der Athmungs- und Verdauungsorgane neige. Im Gegenteil beobachtet man nicht selten auch an Kindern, die als Muster der Gesundheit präsentiert werden, schon deutliche Spuren der Rhachitis. — Wenn man von einem Frühsymptom sprechen will, so kann man dahin allein die frühzeitig auftretenden kalten Scheweisse, namentlich am Hinterkopfe rechnen.

Entgegenstehende Angaben werden mir dadurch erklärlich, dass fast alle Autoren, wenn sie sich überhaupt darüber auslassen, das Alter, in welcher die Rhachitis sich gewöhnlich zu entwickeln pflegt, zu hoch angeben. Nach meinen Beobachtungen entwickelt sich die Rhachitis fast ausnahmslos in den allerersten Lebensmonaten. Nur ganz ausnahmsweise konnte ich den Beginn der Krankheit nach dem 6. Lebensmonate konstatieren.

Noch eine Beobachtung will ich betonen. Es wird allgemein angegeben, dass die Rh. gewöhnlich der Reihe nach zuerst den Schädel, dann den Rumpf und schliesslich die Extremitäten befällt, dass es davon aber sehr viele Ausnahmen gäbe. Eine solche Ausnahme habe ich bei Kindern, die ich von frühester Jugend an beobachten konnte, nie gesehen; wohl aber konnte ich beobachten, dass der rhachitische Prozess am Schädel, ohne Zeichen dafür hinterlassen zu haben, schon abgelaufen war, während er an den Extremitäten fortbestand.

Die vielen begleitenden Krankheitserscheinungen, namentlich die Katarrhe der Athmungs- und Verdauungsorgane, sehe ich nicht als Ursache, sondern als Folge der Rh. an; denn einerseits sieht man viele rhachitische Kinder ohne diese Krankheiten, andererseits beobachtet man gerade, dass Kinder, die an langdauernden Darmkatarrhen gelitten haben und atrophisch geworden sind, von Rh. befreit bleiben.

Haben wir nun bei einem Kinde Rh. diagnostiziert, dann müssen wir auch mit allen zu Gebote stehenden Mitteln die Krankheit behandeln. Es genügt nicht, sich allein auf hygienisch-diätetische Massnahmen zu beschränken; denn diese können für rhachitisch Kranke nichts Specificisches haben, sondern decken sich mit denen, die wir überhaupt für das Gedeihen auch eines vollkommen gesunden Säuglings fordern müssen. — Nur auf eins ist ein besonderes Gewicht zu legen, nämlich auf ein gesundes Bett. Wie schon betont, bilden die kalten Scheweisse gewöhnlich eine der ersten Erscheinungen der Krankheit und hierin müssen wir nach meiner Meinung eine der häufigsten Ursachen für die Entstehung der Katarrhe sowohl der Athmungs- wie der Verdauungsorgane suchen. Die Unterdrückung der Scheweisse ist darum eine der ersten und wichtigsten Aufgaben. Dazu genügt meistens ein rationelles Bett. Eine Rosshaarmatratze, ein ebensolches Kopfkissen und zum Zudecken eine einfache wollene Decke sind alles, was ein Kind bedarf. Federn sollten durchaus verpönt sein. Zu achten ist auch darauf, dass die Kinder, wenn sie schlafen sollen, bis auf das Hemdchen und Jäckchen entkleidet sind

und niemals, wie es so oft geschieht, mit allen Kleidern hingelegt werden. Sollten trotz der kühlen Betten die Schweisse eine zeitlang fortbestehen, so werden sie gewöhnlich durch spirituöse Einreibungen schnell beseitigt.

Wenn es nun auch möglich ist, dass die Rh. bei günstigen hygienisch-diätetischen Verhältnissen heilt, ohne dass sie irgendwie schlimmere Formen annimmt, so wird man doch auf spezifische Heilmittel nicht verzichten, wenn solche zur Verfügung stehen. — Als wirkliches Spezifikum hat sich mir der Phosphor, am besten in der Form des Phosphorleberthrans (0,01 : 100,0) in vollem Maasse bewährt. — Am auffälligsten und wohl ganz allgemein anerkannt ist die Wirkung desselben auf die nervösen Symptome; Laryngospasmus und allgemeine Convulsionen werden selbst in veralteten Fällen so auffallend schnell beeinflusst, dass selbst die Eltern der Kinder, die vorher womöglich vieles andere versucht haben, meist überrascht sind. Da nun der Phosphor bei anderen nervösen Zuständen, die nicht auf Rhachitis beruhen, auch wohl empfohlen wird, aber doch ohne Einfluss zu sein pflegt, kann ich mir die Wirkung nur dadurch erklären, dass die Grundkrankheit selbst günstig beeinflusst wird. Ganz auffallend ist auch die Wirkung gerade bei den ersten manifesten Erscheinungen, der Craniotabes. Fast ausnahmslos kann man nach einigen Wochen ein Festwerden der Schädelknochen konstatieren; und in gar nicht seltenen Fällen habe ich gesehen, dass bei einer fortgesetzten Leberthrankur Veränderungen am Skelett des Rumpfes und der Extremitäten ausgeblieben sind, also eine vollständige Heilung im Anfangsstadium eingetreten war. Die üblen Folgen, die man einer fortgesetzten Leberthrankur nachsagt, besonders die dyspeptischen Erscheinungen, lassen sich leicht vermeiden, wenn man nach je 14 Tagen das Mittel auf eine Woche aussetzen lässt.

Ein zweites Mittel von ganz hervorragender Wirksamkeit sind die Soolbäder. Ob die mild erregende, den Stoffwechsel befördernde, oder die Resorption anregende Wirkung derselben mehr in Betracht kommt, lässt sich wohl schwer entscheiden. Auffand ist, wie vorzüglich die Soolbäder auch von ganz kleinen rhachitischen Kindern vertragen werden. Bei hundert und mehr Bädern hinter einander gegeben beobachtete ich eine ständige Gewichtszunahme und ein dauernd frisches Aussehen. — Eine Concentration von 2⁰/₁₀, steigend auf 3⁰/₁₀ hat sich mir am günstigsten erwiesen. Die beste Zeit ist abends vor dem Schlafenlegen. Ein Bad von 27⁰ und 10 Minuten Dauer bewirkt meist für die ganze Nacht einen ruhigen erquickenden Schlaf.

Wenn keine natürliche Soole zu haben ist, kann man einen zwar nicht vollwertigen, aber doch wirksamen Ersatz schaffen in dreiprozentigen Kochsalzbädern. Man achte aber darauf, dass das nötige Salz — zu einem Bade von drei Eimern Wasser ca. 1 Kilo — auch wirklich gelöst und nicht erst im letzten Augenblick in das Badewasser geschüttet wird; denn in der besonders feinen Verteilung des Kochsalzes in der Soole scheint mir mit die grössere Wirksamkeit zu liegen.

Resumiere ich kurz, so kommt es wesentlich darauf an, die

Rhachitis, die sich fast ausnahmslos in den aller ersten Lebensmonaten entwickelt, und zwar ohne Vorboten, frühzeitig zu erkennen und sofort gründlich zu behandeln. Dazu gehört, dass man auf die allgemein geltenden hygienischen Grundsätze einen erhöhten Wert legt, im besonderen, dass man für ein Mühles, die Schweisse unterdrückendes Bett sorgt. Als spezifisches Mittel müssen wir den Phosphorleberthran betrachten, der auf längere Zeit mit häufigeren Unterbrechungen morgens und abends theelöffelweise zu verabreichen ist. Abendliche, dreiprozentige Sool- oder Kochsalzbäder von 27" und 10 Min. Dauer sind daneben die kräftigsten Unterstützungsmittel.

Bei dieser Behandlung habe ich Rhachitis in jedem Stadium, sehr oft ohne irgend eine Komplikation heilen sehen und niemals habe ich beobachtet, dass sich aus einer leichten eine schwere Form entwickelt hätte. Darum bin ich auch überzeugt, dass sich bei dieser frühzeitigen Behandlung die Entwicklung überhaupt jeder schweren Form der Rhachitis verhüten lässt.

Referate.

Traitement du muguet chez les nouveau-nés. Von Labbé.
(La Presse med. 1899, 99.)

Zur Entwicklung des Soor sind zwei Bedingungen notwendig: Die Einwanderung des pathogenen Keimes in den kindlichen Mund, des *Sacharomyces albicans* und ein besonderer Zustand des Mundes und Digestionstraktus, welcher die Entwicklung des Pilzes begünstigt (*Stomatitis erythematosa*, mit Epitheldesquamation, dem Auftreten des Soor meist vorhergehend oder Acidität der Mundflüssigkeit in Folge saurer Gährung dieser oder von einer Autointoxikation bei gastrointestinalen Störungen). Die Therapie hat daher folgende Punkte zu berücksichtigen. Da Soor eine contagiöse Affektion ist, müssen die betr. Kinder Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit sein. Alle Dinge, welche bei ihnen Verwendung finden, müssen gehörig desinfiziert, dürfen nicht bei gesunden Kindern verwandt werden. Stillende Frauen müssen die Warzen jedesmal mit Borwasser gehörig waschen und mit Borvaselin bedecken, dürfen andere Kinder nicht nähren. Bei Flaschenkindern dürfen nur gut gereinigte Säuger und sterilisierte Milch verwandt, wenn möglich eine Amme herangezogen werden. Alle Gegenstände, welche manchmal in Krippen u. s. w. zur Beruhigung der Kinder dienen und oft von einem zum andern wandern, sind verboten, weil durch sie leicht eine Uebertragung und Weiterverbreitung der Erkrankung stattfindet. — Es genügt nicht, die Einwanderung des Pilzes in die Mundhöhle zu vermeiden, man muss auch die Mundhöhle gegen eine Infektion widerstandsfähig machen. Es handelt sich darum, die Allgemeinkrankheit (akute oder chronische Gastroenteritis, Tuberkulose), welche häufig der Soor nur-compliziert, zu beeinflussen, die erythematöse Stomatitis zu heilen (Waschungen mit Vichywasser oder sehr verdünnten antiseptischen Mitteln z. B. Borsäure 3 ‰, um nicht den Reiz und das Epithelde-

squamation zu vermehren und die Mundschleimhaut ihres natürlichen Schutzes gegen Bakterien zu berauben) und die Säuerung der Mundflüssigkeit zu bekämpfen. (Waschung mit Vichy-Wasser, Lösung von Natronbicarbonat 5 Proz., von Borax in Glycerin oder anderen Natronsalzen, ev. bei weitem Hinabreichen des Soor in Schlund, oesophagus und Magen Alkalien innerlich in Milch, auch Magen-Auspülungen mit Vichywasser und dergl.) —

In hartnäckigen Fällen, welche nicht unter Gebrauch von Alkalien aufhören, sind Antiseptica indirekt. Hierbei ist in Rechnung zu ziehen, dass sie leicht reizen und toxisch wirken können, daher immer mit grosser Vorsicht anzuwenden sind. (Argent. nitr. 2—3 Proz., Borsäure 4 Proz., Kal. permangan. 1 : 250, Sublimat 1 : 2000, Sauerstoffwasser, Eisenchlorid, ferner Saccharin (1 : 50 Alkohol, einen Theel. in ein Glas Wasser), Resorcin 1 : 100—200 innerlich zweistündlich einen Theelöffel).

v. Boltens Stern (Bremen).

Ueber das konstante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen. Von Paul Hilbert. A. d. Königl. hygien. Institut der Univ. zu Königsberg i. Pr. Direktor Prof. Dr. C. v. Esmarch. (Zeitschrift für Hygiene etc. XXXI. Bd. 3. Hft. 1899.)

Verf. suchte an einem grösseren Materiale festzustellen, 1) wie oft Streptokokken auf gesunden Tonsillen sich vorfinden, und 2) ob die daselbst vorhandenen von den bei Anginen gewonnenen durch konstante Merkmale zu unterscheiden sind? Da die bisherigen Untersuchungen nicht eindeutig und nicht übereinstimmend in ihren Ergebnissen sind, erprobte Verf. eine einfache Methode, welche die bisherigen Fehlerquellen ausschliessen soll. Er bringt den von den Tonsillen mittels Platinöse oder Tupfer abgehobenen Schleim in ein Bouillonröhrchen (I) und überträgt nach wiederholtem Schwanken und Umrühren aus diesem 2—5 Oesen in ein zweites Röhrchen. Nach 24stündigem Aufenthalt im Brutschrank kann die Untersuchung vorgenommen werden.

Zunächst wurde der Tonsillarschleim von 50 anderweit erkrankten Menschen meist Kindern mit normalen Mandeln und möglichst gesunder Mundhöhle ohne Temperaturerhöhung untersucht. Es zeigte sich, dass regelmässig Ketten bildende Kokken von der Art vorhanden waren, welche gemeinhin zu den pathogenen gerechnet wird. Weiterhin wurde eine Reihe völlig normaler Kinder (50 Schülerinnen) in derselben Weise untersucht und zwar mit demselben Ergebnis.

Zur Entscheidung der zweiten Frage wurden von je zehn normalen und pathologischen Fällen (sechs Diphtherien, drei Anginen ohne Löffler's Bazillus, eine Scharlachangine) die Streptokokken genauer untersucht mit dem Ergebnis, dass dieselben ob von normalen oder entzündeten Mandeln gezüchtet weder in der Beschaffenheit der Kulturen noch bezüglich ihrer Virulenz Unterschiede aufweisen, welche eine Trennung derselben in verschiedene Arten rechtfertigen.

Dann erörtert Verf. noch die Frage, ob die Streptokokken,

welche bei Mandelentzündungen in dem Tonsillarschleim bzw. in den Belägen gefunden wurden, als Erreger dieser Krankheiten anzusehen sind; er verneint dies. Schliesslich betont Verf., dass er gelegentlich dieser Untersuchungen in der Anschauung bestärkt sei, dass die Einteilung der Streptokokken in *longi* und *breves* und die dafür angegebenen Merkmale noch nicht als endgiltige anzusehen sind.

Köppen-Norden.

Zur Diagnose und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen. Von v. Ammon. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 1, 1900.)

Auf Grund seiner in der v. Rothmund'schen Klinik gesammelten Erfahrungen bespricht v. A. die für jeden Kinderarzt wichtige Krankheit und weist zunächst darauf hin, dass man in Rücksicht auf die Inkubation, dann der gonorrhöischen Infektion alle die Fälle, welche später als am 3. Tage nach der Entbindung auftreten, nicht als intrapartum erworbene auffassen darf. Nach dem seinen Ausführungen zugrunde liegenden Material wurden nur ca. $\frac{1}{4}$ der Ophthalmogonorrhöen der Neugeborenen bei oder kurz nach der Geburt entstanden sein, während die übrigen einem Mangel an Reinlichkeit von seiten der Kinderpflege in den auf die Geburt folgenden Tagen ihre Entstehung verdanken. Auch die Annahme, dass fast alle Augeneiterungen Neugeborener gonorrhöischer Natur sein, erscheint nach den Ausführungen des Autors nicht gerechtfertigt. In 44% seiner Fälle fiel der Nachweis echter Gonococcen negativ an; dagegen fanden sich häufig Pneumococccen (15%) selten Staphylococccen u. A.

Hinsichtlich der Therapie bespricht v. A. natürlich in erster Linie das viel gepriesene *Argentum nitricum* und hat dessen Wirkung auch experimentell erprobt und an Serienschnitten mikroskopisch kontrolliert. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgenden Ergebnissen: Die Höllensteinlösung wirkt an den verschiedenen Stellen sehr ungleich. Sie hat jedoch entschieden eine epithelzerstörende Wirkung. Die 2% Höllensteinlösung kann daher zwar kurz vor der Anwendung des Mittels in den Bindehautsack geratene Microben unschädlich machen, sie kann aber auf tiefer in das Epithellager eingedrungener Bakterien nicht mehr einwirken. In Anbetracht des Umstandes, dass die Lösung nicht gleichmässig wirkt, vermögen auch infizierte Schleimhautflächen zurückbleiben. Die darauf befindlichen Mikroorganismen finden aber als Folge der epithelzerstörenden Wirkung der Silberlösung keine gesunde, sondern eine in ihrer vitalen Energie herabgesetzte *Conjunctiva* vor und daher ist es möglich, dass trotz technisch richtig ausgeführter *Credé'scher* Methode eine unter Umständen noch chronischer als sonst verlaufende Augeneiterung auftreten kann. Aehnlich verhält es sich mit dem *Protargol*. Die besten Resultate erzielte v. A. nach den verschiedensten Versuchen endlich damit, dass er den Bindehautsack sorgfältig mit physiol. Kochsalzlösung ausspülte und in Verbindung damit Eisumschläge machen liess. Daneben liess er bei kleinen Kindern, um die Möglichkeit, sich mit den Händen in die Augen zu greifen und sich mit den Fingernägeln Hornhautverletzungen beizubringen, zu benehmen, die Hände mit in die Kissen binden. Schon am

2.—3. Tage geht unter dieser Behandlung die Lidschwellung und der stärkste Reizzustand der Bindehaut soweit zurück, dass man die Lidspalte ohne Gewaltanwendung öffnen und den Bindehautsack bequem reinigen kann. Vom 5. Tage ab kann zur adstringierenden Behandlung übergegangen werden und hierbei hat Autor das Protargol als sehr geeignet befunden. Manchmal ist ein Wechsel mit *Zincum sulfuricum* angezeigt. Die durchschnittliche Heilungsdauer beträgt 3—4 Wochen. Bei vorhandenen Hornhautgeschwüren sind die Heilungsaussichten auch bei Protargolbehandlung keine sehr günstigen. Die Hauptaufgabe scheint hier in der Beobachtung des allgemeinen Ernährungszustandes zu liegen.

Baron-Dresden.

Zur Klinik des akuten Retropharyngealabscesses. Von Marton. (Wiener medizinische Blätter No. 6. 1900.)

Der heisse Retropharyngealabscess der kleinen Kinder ist eine von den retropharyngealen Drüsen ausgehende Phlegmone infolge einer Infektion dieser Drüsen bei Erkrankungen der Nase und des Pharynx. Praedisponierende Momente sind: Alter unter zwei Jahren und geschwächter Allgemeinzustand. Die Symptome des Retropharyngeal-Abscesses bestehen in: Atmungsbehinderung, Unruhe, Schnauben, Schnarchen, Dyspnoe, Tumor an der hinteren Pharynxwand, Fieber, erschwertem Schlingen, Veränderung der Stimme. Im Allgemeinen liegt der Abscess in der Höhe des Isthmus pharyngis. Nach spontaner Eröffnung des Abscesses stellt sich fast immer vorübergehende Diarrhoe ein. Differentialdiagnostisch kommen tuberkulöse Abscesse in Betracht. Die Ausgänge des Retropharyngealabscesses sind: Durchbruch in den Pharynx (oft Tod infolge Eiteraspiration) oder in der Nähe des Kieferwinkels, Gefahr einer Arrodiierung der Carotis, gewöhnlich aber der Tod infolge Asphyxie, Glottiskrampf, Inanitions-Kachexie, Sepsikämie, Bronchopneumonien, Mediastinitis, Herzlähmung. Die Therapie besteht in der Incision des Abscesses durch ein bis 1 cm vor der Spitze eingehülltes Bistouri, wobei das Kind am besten auf eine Seite gelagert ist. Tritt nach der Operation Syncope ein, so ist künstliche Atmung vorzunehmen.

Goldbaum (Wien).

Ueber die Diagnose der Imbecillität im frühen Kindesalter.

Von Thiemich. (Deutsche med. Wochenschr. 1899 No. 2.)

Während die Diagnose der Imbecillität im späteren Kindesalter keine grossen Schwierigkeiten bietet, liegen die Verhältnisse während der ersten 2 oder 3 Lebensjahre anders. In diesem Alter wird an den Arzt die Frage gestellt: Entwickelt sich das Kind nur langsamer und wird es, obschon verspätet, zu normalen Leistungen gelangen oder wird es sich überhaupt nicht normal entwickeln, ist es schwachsinnig? Zur Entscheidung dieser Frage ist eine exakte Diagnose notwendig.

Bestehen Abnormitäten des Schädelwachstums, Mikrocephalie oder chronische Hydrocephalus, spastische Lähmungen der Skelettmuskulatur oder Störungen von Seiten der Hirnnerven, besonders

der Augenmuskeln, ist die Diagnose erleichtert; schwerer ist sie bei solchen Kindern, bei denen kein körperliches Symptom einer organischen Gehirnkrankung nachweisbar ist. Um die psychischen Funktionen richtig beurteilen zu können, ist es nötig, auf die somatischen Verhältnisse Rücksicht zu nehmen. Erst nachdem man sich ein genaues Bild von dem körperlichen Zustande gebildet hat, kann man das geistige Inventar des Kindes aufnehmen.

Man prüft die Schmerzempfindung, die Geschmacksempfindung und die Aufmerksamkeit resp. die Reaktion auf sensorische oder sensible, nicht schmerzhaft Reize. Was zunächst die Schmerzempfindung angeht, so wird sie am einfachsten durch Stechen mit einer Nadel geprüft, und zwar an verschiedenen Körperstellen. Der Neugeborene reagiert darauf mit lautem und anhaltendem Geschrei, idiotische oder schwer imbecille Kinder von mehreren Jahren kann man oft in ganz rigoroser Weise viele Male hintereinander stechen, ja man kann die Nadel in der Haut stecken lassen, ohne auch nur die geringste Aeusserung von Schmerz oder Furcht bei ihnen hervorzurufen. Dabei sind diese Kinder oft aufmerksam, verfolgen mit den Augen die Hand des Arztes, welche die Nadel hält, aber sie thun das ohne allen Affekt, als ob es nicht ihren eigenen Körper beträfe. In weniger ausgesprochenen Fällen gelingt es nur im Anfange der Untersuchung, ehe die Aufmerksamkeit des Kindes für Schmerzempfindung erregt ist, einige Male die Nadel einzustechen, ohne dass das Kind zu schreien oder auszuweichen beginnt; hat es erst einmal auf den Schmerz reagiert, dann weint es gewöhnlich längere Zeit, antwortet aber auf jeden neuen Stich mit verstärktem Weinen. Diese Analgesie kann man in gleicher Weise bei jungen Säuglingen konstatieren.

Das zweite Symptom, die Geschmacksstörung, prüft man, indem man intensiv schmeckende Lösungen ($\frac{1}{4}\%$ Saccharin, 2% Chinin sulfur., 2% Acid. hydrochlor., 5% Ntr. chlor.) mit dem Löffel eingiebt. Die Prüfung ist hier ziemlich schwierig, weil die normale Geschmacksempfindung auch ohne Idiotie im Laufe des Säuglingsalters unter dem Einflusse schwerer Ernährungsstörungen verloren werden kann. Während Idioten zumeist Geschmacksempfindung fehlt, reagiert jeder Neugeborene, auch Früh- und Schwachgeborene, auf süß mit dem Ausdruck des Behagens mit lebhaften Saugbewegungen; durch bitter, sauer mit süß werden Aeusserungen der Unlust, Verziehen des Gesichts, Würgebewegungen, Schreien etc. hervorgerufen.

Bei der Prüfung des dritten Punktes, der Aufmerksamkeit, hat man zwei verschiedene Dinge zu beobachten, erstens die Möglichkeit, die Aufmerksamkeit des Kindes durch einen Sinneseindruck überhaupt zu erregen, und zweitens, wofern dies der Fall ist, die Zeitdauer, während welcher dieselbe auf einen Gegenstand gefesselt werden kann. Auf die Intaktheit der Sinnesorgane ist hierbei natürlich Rücksicht zu nehmen. Während uns der völlige Mangel jeder Aufmerksamkeit an und für sich oder sicherer im Zusammenhalt mit Analgesie und Aufhebung der Geschmacksempfindung gestattet, die Diagnose Idiotie zu stellen, so kennzeichnet sich bei Imbezillen die Störung derselben besonders durch ihre Flüchtigkeit. Bei einigen

dieser Kranken gelingt es sehr schwer, die Aufmerksamkeit zu erregen, sie machen einen stumpfsinnigen, trägen Eindruck, bei anderen (agile Form) erscheint dieselbe sogar abnorm gesteigert, so dass die Patienten einen lebhaften oder sogar ruhelosen Eindruck erwecken. Beiden Typen gemeinsam aber ist der Umstand, dass es immer nur auf einige Augenblicke gelingt, die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu fesseln. Bei den agilen Imbezillen besteht auch eine dauernde, kaum zu unterdrückende Euphorie. Mitunter führt der Umstand zur Diagnose der Imbezillität, dass Kinder im Alter von 8—10 Monaten den Kopf noch nicht aufrecht halten können, wobei es sich keineswegs um muskelschwache Individuen handelt. Die Aufmerksamkeit derselben ist so flüchtig und so wenig intensiv durch optische Reize erregbar, dass damit der Hauptgrund, weshalb ein Kind allmählig den Kopf zu heben und aufrecht zu halten lernt, in Wegfall kommt, nämlich der Wunsch, seine Umgebung genau erkennen, bewegten Objekten mit den Blicken überallhin folgen zu können.

Bei Erlernung der Sauberkeit sind Erziehung und körperliches Verhalten von grösserer Wichtigkeit und lassen die allerweitesten Differenzen zu, ohne dass eine Imbezillität des Kindes vorliegt. In noch höherem Grade gilt das von der Erlernung der Sprache. Kinder, welche mit 2 oder 3 Jahren kaum die ersten Sprechversuche machen, können sich normal entwickeln und normal sprechen lernen. Speichelfluss im zweiten Lebensjahre ist pathologisch und fordert, falls es konstatiert wird, zu einer genauen Untersuchung des Kindes in Bezug auf seine psychischen Funktionen auf. An und für sich reicht es nicht aus, ein Kind für imbezill zu erklären. Weniger Bedeutung kommt dem Zähneknirschen zu. Es kommt bei Imbezillität vor, doch zeigen es auch viele normale Kinder Jahre lang.

Die Verwertung aller Momente ermöglicht in vielen Fällen frühzeitig die Diagnose der Imbezillität oder Idiotie.

Schnell-Egeln.

Der Alkoholismus mit besonderer Rücksicht auf das kindliche Nervensystem. Von Rende. (Wiener medizinische Wochenschrift No. 52, 1899 u. No. 2 u. 3, 1900.)

R. hat bei Kindern im Alter von sechs bis fünfzehn Jahren Versuche angestellt, um die Wirkung mässiger Gaben Wein auf den Intellekt von Kindern verschiedenen Alters zu studieren. Die Kinder waren alle gesund und sehr gut entwickelt. Er teilte dieselben dem Alter nach in Gruppen, um einen Vergleich zwischen den auf gleicher geistiger Entwicklungsstufe Stehenden anstellen zu können. In jeder Altersgruppe liess er 1—3 Kinder u. z. die etwas geistig minder begabten, zur Kontrolle nüchtern, während den besser begabten je nach dem Alter $\frac{1}{2}$ —2 Deciliter guter Wein gereicht wurde. Die Versuche wurden immer im Laufe des Vormittags angestellt, die Prüfung der Geistesarbeiten erfolgte $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ Stunden nach Verabreichung der Getränke. Er kam zu folgenden Schlüssen: Nach Einwirkung mässiger Mengen Weines werden die Kinder lebhafter, unternehmender, freier im Handeln und Sprechen. Sie lesen schneller, machen leichte

Rechnungen in kürzerer Zeit und führen eine bilderreichere Sprache als im nüchternen Zustande. Ihre Schrift jedoch lässt die Symmetrie und Nettigkeit vermissen. Bei schwereren Rechnungen werden fast durchgehends Fehler gemacht. Bedachtsamkeit ist bei ihnen ausgeschlossen. Niemand kommt es in den Sinn, nachzurechnen, was sie nüchtern nie zu thun verabsäumen. Das Auswendiglernen ist erschwert und was besonders hervorzuheben ist, sie beachten und bemerken nicht, was sie durch Verwechslung klangähnlicher Worte sinnloses Zeug aufsagen, denn ihr Denkvermögen hat an Schärfe verloren. Charakteristisch für die Verlangsamung ihre Denkhätigkeit ist, dass die dreizehn- bis fünfzehnjährigen Knaben das für sich Gelesene kaum wiederzugeben vermögen, während der Sinn der laut und demnach langsamer gelesenen Lesestücke richtig aufgefasst und gut wiedergeben wird. Wenn nun bei Kindern selbst mässige einzelne Gaben deren geistige Kräfte schwächen, so kann man sich leicht vorstellen, um wie viel schädlicher der habituelle Alkoholgebrauch auf den zarten Organismus des Kindes wirkt, dessen Nervensystem in Entwicklung, die Hemmungsvorrichtungen im Entstehen begriffen sind. Kinder reagieren verschiedenlich auf die Einwirkung grösserer Gaben Alkohols. Sehr grosse Quantitäten werden bei Kindern nicht genossen, denn das Erbrechen tritt schon früh ein. Beim Rausch des Kindes finden wir das Stadium der Erregung, welches mit Erbrechen endet, dem der Katzenjammer folgt oder die Erregung endet mit tiefem Schläfe, aus dem das Kind mit wüstem Kopfe erwacht. Bei regelmässigem Genuss kleiner Gaben hängt die Schädigung von den Hereditätsverhältnissen und der Konstitution des Kindes ab. Der gewohnheitsmässige Gebrauch von Alkohol bewirkt im Nervensystem folgende Erscheinungen: ausserordentliche Labilität des Nervensystemgleichgewichtes, Abstumpfung der geistigen Fähigkeiten, Beeinträchtigung der Gemütsstimmung und der Charaktereigenschaften des Kindes, ausserdem können dadurch schlummernde neuropathische Anlagen zum Vorschein kommen, selbst Nervenkrankheiten hervorgerufen werden, wie Epilepsie, Chorea. Bei Mädchen beobachten wir noch hysterische Erscheinungen, wie Globus, Brechreiz und perverse Neigungen. Auch Neurasthenie kann durch regelmässigen Alkoholgenuss ausgelöst werden.

Dr. Goldbaum (Wien.)

Ueber den Pemphigus acutus malignus neonatorum (non syphiliticus.) Von Bloch. (Arch. f. Kinderheilk. 28. Bd. I. u. II. Heft.)

Der nicht syphilitische Pemphigus acutus tritt in 2 Formen einer benignen und einer malignen, auf. Während die *benigne* Form völlig fieberlos, nur selten unter Fieber, Unruhe oder Convulsionen verläuft und innerhalb 2—4 Wochen zur Heilung gelangt, zeigt die *maligne* Form der Erkrankung von vornherein sehr ausgedehnte, grosse, das Corium auf weite Flächen freilegende Ablösung der Epidermis, wobei die Kinder sichtlich und rasch verfallen und in wenigen Tagen zu Grunde gehen. Sämtliche Kinder mit malignem Pemphigus, die im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhaus zu Berlin zur Be-

obachtung kamen, stammten von gesunden Eltern und zeigten auch nicht die geringsten Anhaltspunkte für einen Verdacht auf Lues hereditaria. Der grössere Teil von ihnen war wohlgenährt und bekam nur die Mutterbrust bis zur Aufnahme ins Krankenhaus. Viele wurden von der Mutter noch weiter gestillt, und es ist hervorzuheben, dass keine der Stillenden je an Pemphigus erkrankte und dass bei allen Müttern der Wochenbettverlauf ein normaler und ungestörter war. Als Körperteil, an dem die vielen Efflorescenzen bemerkt wurden, wurde teils Gesicht, namentlich Augen- und Nasengegend, teils Schenkelbeuge und Gelenke der Extremitäten angegeben, während die Fusssohlen und Handflächen nie zuerst ergriffen wurden, sogar im weiteren Krankheitsverlauf nur wenig beteiligt waren.

Anfänglich fiebern die Kinder meist sehr hoch; später wird die Temperatur eher subnormal. Die Kinder sind sehr unruhig und schreien sehr viel. Der Prozess schreitet äusserst schnell fort; die Nahrungsaufnahme ist häufig bis kurz vor dem Tode als gut zu bezeichnen. Von Seiten der inneren Organe liegen nur geringe Veränderungen vor.

Der Pemphigus malignus beruht auf einer septicämischen Erkrankung; dabei spielt der Streptococcus pyogenes die deletäre Rolle; die Eintrittspforte für die Infektion liegt nicht klar zu Tage.

In differential-diagnostischer Beziehung kommen ausgedehnte Verbrennungen, der Pemphigus foliaceus und die Dermatitis exfoliativa in Betracht.

Für die Therapie kann bei benignen Fällen die Anwendung von Salben (1 proc. Salicylsalben oder Wismuthsalben und Zinkpaste) Platz greifen. Bei malignen Formen ist bisher nur mit der kombinierten Anwendung von täglichen Bädern mit Eichenrindenabkochung und Trockenpulvern (Zink, Talcum) Erfolg erzielt worden.

Schnell-Egeln.

Die künstliche Ernährung eines normalen und eines atrophischen Säuglings. Nach gemeinsam mit Dr. Bendix, Dr. Spitta und Dr. Wolpert angestellten Versuchen mitgeteilt von Max Rubner und Otto Heubner. (Zeitschrift für Biologie N. F. XX. 2. 1899.)

Die Untersuchungen wurden in derselben Weise angestellt, wie bereits früher bei einem Brustkinde. Sie betrafen einen 7½ monatlichen Säugling von normaler Entwicklung, der sich in mütterlicher Pflege befand und darin verblieb, sowie ein 2 Monate altes, abnorm schwaches, atrophisches Kind, das, ohne eigentlich schwerer darmlkrank zu sein, mangelhaft zunahm oder auch ganz stillstand.

Wir müssen uns an dieser Stelle mit einer Wiedergabe der Ergebnisse begnügen.

Ein normales und ein atrophisches Kind gewinnen aus derselben Nahrung eine ungleiche Nahrungsmenge. Der physiologische Nutzeffekt der Muttermilch hatte sich bei dem Brustkinde des ersten Versuches mit 91,6 Prozent ergeben; bei dem normalen Kuhmilchkinde derjenige der Kuhmilch mit 90,7 Prozent (4,2 Prozent Verlust im Harn, 5,1 Prozent im Koth); derjenige der Kühmilch plus Milch-

zucker mit 92,2 Prozent. Beim atrophischen Kinde mit 87,1 Prozent (3,08 Prozent Verlust im Harn, 9,77 Prozent im Koth); bei demselben Kinde war der Nutzeffekt des Kindermehls 82,4 Prozent (1,8 Prozent Verlust im Harn, 15,8 Prozent im Koth.)

Wenn einmal das Optimum in der Resorption überschritten ist, so wird jeder weitere Nahrungszusatz ungemein schlecht aufgenommen (Rubner). Speziell bei der Milch zeigt sich bei Ueberschreitung des Resorptionsoptimums eine starke Veränderung der Eiweissresorption, wodurch namentlich bei jungen Individuen die Wachstumsmöglichkeit mehr oder weniger unterbunden werden kann. Die Wirkung, welche dieselbe Menge von Calorien unter verschiedenen Umständen auf den Kraftwechsel äussert, ist von verschiedenen Nebenbedingungen abhängig. Wichtig ist die umgebende Temperatur. Bei sehr hohen Temperaturen erzeugt auch die einfache Erhaltungsdiät eine deutliche Steigerung der Zersetzung, welche bei niederen Temperaturen ganz ausbleibt. Die Wirkung der Nahrung ist weiter abhängig von der Relation zwischen dem Bedarf an Kraftzufuhr und dem absoluten Werte der eingeführten Kraft, also von dem Ueberschuss der Zufuhr über den Bedarf. Ein Ueberschuss von 50 Prozent Nahrungszufuhr über den Bedarf erzeugt bei mittlerer Temperatur recht bemerkbare Erhöhung der Wärmebilanz. Gleich grosse Ueberschüsse an Energie verschiedener Nahrungsstoffe wirken ganz ungleich. Wenn eine gewisse Eiweissmenge die Wärmebildung um 19,7 Prozent vermehrt, so erzeugt die thermisch äquivalente Kohlehydratzufuhr nur einen Zuwachs von 10,2 Prozent und das Fett nur einen solchen von 6,8 Prozent.

Die Zusammensetzung der Säuglingskost war folgende:

1. Brustkind	11 Prozent	auf Eiweiss	
	42	..	auf Fett
	47	..	auf Milchzucker
2. Normales Kuhmilchkind	19 Prozent	auf Eiweiss	
	41	..	auf Fett
	40	..	auf Zucker
3. Atrophisches Kind bei Kuhmilchkost	14,4 Prozent	auf Eiweiss	
	29,3	..	auf Fett
	56,3	..	auf Kohlehydrat.
.. Kindermehl	17,4	..	auf Eiweiss
	3,8	..	auf Fett
	78,6	..	auf Kohlehydrat.

Nimmt man an, dass die aus verschiedenen Nahrungsstoffen gemengte Kost, was die Erhöhung der Wärmebildung anlangt, sich wie die Summe der Wirksamkeit ihrer Komponenten verhält und bildet man rechnerisch die Mittel für die eventuelle Steigerung der Zersetzung, wie sie sich bei einem Nahrungsüberschuss von 50 Prozent erwarten liess, so findet man für die Muttermilch 9,8

Kuhmilch, normales Kind,	10,7
Kuhmilch, atrophisches Kind	10,6
Kindermehl,	11,6

Die günstige Stellung der Muttermilch ist, trotzdem die Verhältnisszahlen sehr eng an einander liegen, beachtenswert.

Aus den Versuchen berechnet sich die Erhaltungsdiät eines Säuglings pro 1 qm Körperoberfläche (!) zu rund 1021 Cal. Danach betrug die überschüssige Kost bei Kuhmilch

beim normalen Kind + 44,0 Prozent

beim atrophischen Kind + 35,5 Prozent.

Wenn man nun die Wärmebildung bei dem normalen und bei dem atrophischen Kinde auf Grund der Untersuchungsergebnisse vergleicht, so zeigt sich, dass eine abnorme Art der Zersetzung des Kraftwechsels, des Ansatzes bei dem atrophischen Kinde nicht besteht. Dem atrophischen Kinde eigenartig erscheint nur die geringere Resorptionsfähigkeit seines Darmes, die reichlichere Kothbildung.

Da die Muskelthätigkeit des Säuglings eine sehr geringe ist, braucht es nicht aufzufallen, dass derselbe bei Erhaltungsdiät einen Kraftwechsel hat, der kleiner ist, als der eines Erwachsenen von gleichem Körpergewicht (Zwerg) bei Erhaltungskost. Die Erhaltungsdiät ist für ein Kind aber nicht die Norm, sondern das Wachstum, und in diesem Zustande ergibt sich ein erheblich höherer Kraftwechsel als für die Erhaltungsdiät.

Die Eiweisszufuhr ist in den vier Versuchsreihen (Brustkind, normales Kind mit Kuhmilch und Zucker, atrophisches Kind mit Kuhmilch und Zucker, atrophisches Kind mit Kindermehl) ungleich gewesen. Am reichlichsten hatte das atrophische Kind, am dürftigsten das Brustkind Eiweiss erhalten. Der Eiweissumsatz war am kleinsten bei der Muttermilch, in den übrigen drei Fällen durchschnittlich dreimal so gross. Der Ansatz entspricht durchaus nicht der Grösse der Zufuhr. Die Erklärung für dieses ungleiche Verhalten muss man in dem Umstande suchen, dass die Vermehrung der Eiweisszufuhr auch die Zersetzung des Eiweiss steigert, namentlich aber wird durch eine solche reichliche Eiweisszufuhr zugleich die Relation zwischen N-haltigen und N-freien Stoffen erheblich alteriert. Aber doch zersetzt das atrophische Kind trotz reichlicher Zufuhr etwas weniger als das normale Kind, namentlich aber setzt es ungemein reichlich an, als ob es Eiweiss leichter zum Ansatz zu bringen in der Lage wäre. Dass aber dieses Kind trotzdem nicht ins Gleichgewicht kam, dass es eine grosse auffallende N-Ausscheidung zeigte, führen die Verf. auf die Fettarmut des atrophischen Kindes zurück.

Diese Beobachtungen lehren, dass die reichlichere Beigabe des Eiweisses, wie sie in der Kuhmilch sich findet, als ein besonderer Gewinn für den Eiweissansatz nicht angesehen werden kann. Ein fortschreitendes Uebergewicht des Eiweisses bringt ein starkes Anwachsen der Zersetzung des Eiweisses mit sich und äussert auch seinen Einfluss auf die Verstärkung des Gesamtstoffwechsels. Erhöhter, namentlich lang andauernder Eiweissansatz wird weit mehr als durch Eiweissgaben durch Mittel erreicht, welche die Eiweisszersetzung herabdrücken, und am besten durch in Wasser gelöste Kohlehydrate.

Ausnahmslos liefert ein Kind mehr Wasserdampfausscheidung

als ein Erwachsener. Die Gründe sind in der lebhaften Verbrennung zu suchen, welche in den kleinen Organismen vor sich geht. Die Verhältnisse der Wasserausscheidung sind untrennbar von den Ernährungsverhältnissen des Organismus. Die Ernährung ist ein Verbrennungsprozess und die Wasserdampfausscheidung ein Sicherheitsmittel gegen die Uebererwärmung des Körpers. Auf den Einfluss überreichlicher Kost kommt zum Teil die grosse Wasserdampfausscheidung bei dem Normalkinde (bei Kuhmilchzufuhr) und bei dem atrophischen Kinde bei derselben Ernährung.

Etwas Eigenartiges für den Säuglingsstoffwechsel ist die Ueberflutung mit Wasser, welcher sein Körper ausgesetzt wird. Das atrophische Kind hatte die grössten Wasserquantitäten zu bewältigen, aber auch die Mutterkost bietet im Verhältniss zum Erwachsenen ungemein viel. Da die Wasserzirkulation keine Ursache für die Vermehrung der Wasserdampfausscheidung durch Haut und Lunge abgiebt, so muss man annehmen, dass die ständige Hochflut des Wassers, wie sie bei verdünnter Kost besteht, auch bei dem Säugling ähnliche Störungen herbeiführen kann, wie die überreichliche Flüssigkeitszufuhr beim Erwachsenen.

Köppen-Norden.

Rezensionen.

Klinik d. Krankheiten d. Mundhöhle, Kiefer und Nase. Von Dr. L. Brandt. Heft 2. Empyeme u. Cysten. Mit 7 Abbildungen im Text. Berlin, Aug. Hirschwald, 1899. Preis 1 Mk. 20 Pf.

Verf. führt die verschiedenen Durchbruchsstellen des Eiters bei Empyema auri Highmori an und führt dieses „in den weitaus meisten Fällen“ auf Zähne und Zahnwurzeln, welche evident Periodontitis zeigen, zurück. Aber auch gefüllte Zähne, namentlich erste Molare, deren Pulpa jauchig zerfallen, und bei einfacher Okular-Inspektion nichts Pathologisches aufweisen, dürften oft die unbetrachtet gebliebene Veranlassung sein. Besonders in Fällen letzterer Art, bei denen bisher rhinologische Grundlage angenommen wurde, bewährte sich dem Verf. intensive Durchleuchtung der Pulpa. Ein zweites diagnostisches Zeichen (n. Burger), dass Verf. der Beachtung empfiehlt, ist das Fehlen der subjektiven Licht-Empfindung. Diese elektrische Durchleuchtung sei besonders bei Frühdiagnosen wertvoll, wo „die sog. Cardinal-Symptome des Empyems, — also Schwellung der Wange durch die Infiltration der Weichteile, vermehrten Aufluss von Eiter bei Lagerung des Körpers auf die entgegengesetzte Seite, Auftreibung des Oberkiefers, Verdünnung seiner Wände, die bei Palpation das Geräusch des Pergament-Knitterns verursachen, und endlich Infraorbitalneuralgie“ — versagen, wie es Ziena nachgewiesen hat.

Alle diese letzteren Symptome sind meist erst für Spätdiagnose verwertbar. Wo die Durchleuchtung kein ganz klares Bild giebt, bleibt die Probepunktion von der Alveole aus. Verf. nimmt in Uebereinstimmung mit den erfahrensten Zahnärzten als Angriffspunkt

für die Behandlung des Empyems die Alveole und erweitert diesen Zugang „durch Fortnahme eines Teils des superficies facialis“, bis Digital-Untersuchung der Kieferhöhle möglich wird (Kiefertumoren, Polypen!). Die Operation ist wenig schmerzhaft und kann auch bei sensiblen Patienten (? Referent) ohne Narcose vorgenommen werden. Die Nachbehandlung besteht bei diesem ohne Abfluss des Eiters am meisten fördernden Eingang in Ausspülung, Einlagerung von lockerer Jodoformgaze, Einfügung einer hohen und weiten durch Gaumenplatte gesicherten gefensterten Canüle und Ausspritzung in täglichen oder grösseren Zwischenräumen. Eine Anzahl Krankengeschichten erläutern die theoretische Beschreibung und die Bilder.

Im 2. Teile führt Verf. zunächst die neuesten Theorien über Entstehung der Cysten an. Inzwischen hat, wenn nicht eine vollständige Klärung, so doch ein beträchtlicher Schritt dazu stattgefunden durch O. Römer's klassische Arbeiten „über Wucherungen an der Zahnwurzel“. Dieser geniale Forscher hat nachgewiesen, dass im Gegensatz zu der auch von Brandt zu Grunde gelegten J. Witzel'schen Anschauung „zwischen den Zahnwurzel-Cysten und den Granulomen, welche wir häufig an der Wurzelspitze extrahierter Zähne betrachten“, „bedeutende histologische, resp. anatomische Unterschiede“ seien. Die einen zeigen ausser Granulationsgewebe auch Epithelgewebe, die anderen nur Granulationsgewebe mit eingelagerten lymphoiden Zellen und gewucherten Bindegewebezellen — und keine Epithelzellen.

Verf. führt dann die multilokulären Cysten an, um die Prognose der Cysten im allgemeinen als gut zu bezeichnen.

Die Behandlung besteht nach Partsch in Herbeiführung einer Verwachsung des Cysten-Epithels mit dem analogen Mund-Epithel. Es wird ein so grosser Lappen aus der Cystenwand excidiert, dass eine Verwachsung nicht mehr stattfinden kann. Nähte nur bei starker Blutung. Die Heilungsdauer wenige Wochen bis ein Jahr. -- Einige Krankengeschichten vervollständigen das Bild. Am Schlusse Litteratur-Übersicht.

Beide Hefte, vom Praktiker für den Praktiker geschrieben, geben in nuce das Wissenswerte aus dem reichen Schatz der schwierigen Disciplin. Es ist in ihnen in handlicher Form eine bedeutende Summe von Wissen zum Handgebrauch serviert.

F. W. Wille - Worms.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Bemerkungen zum Koplikschen Frühsymptom der Masern. Von Mich. Cohn.

Da die Maserndiagnose im Prodromalstadium immer noch eine ziemlich unsichere ist, muss jedes neue Symptom, welches diesen Mangel abhelfen soll, mit grösstem Interesse aufgenommen werden. Verf. hatte Gelegenheit, die Koplikschen Flecke, welche kleinste bläuliche Stippchen und Streifen an der Wangenschleimhaut vis à vis den unteren Backzähnen darstellen, in 22 Fällen 16 Mal zu sehen. Diese Flecke, welche andere Autoren noch öfter gefunden haben,

sind Epithelabschilferungen; sie sitzen nur an der Wangenschleimhaut und dürfen mit dem Exanthem der Schleimhäute, dem sog. Enanthem, nicht verwechselt werden. Letztere sind grössere, rote Flecke, welche überall an der Mundschleimhaut auftreten können. Eine Verwechslung mit Soor ist ausgeschlossen, da dieser hellere und grössere Auflagerungen bildet. Die Koplikischen Flecke lassen sich abstreifen. Das Symptom tritt sehr frühzeitig auf und spricht, wo es vorhanden, sicher für Masern; sein Fehlen beweist nichts.
(Ther. Monatsh. 99.) Behrens-Karlsruhe.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Guajacol. pur.
Ol. Oliv.
Alcohol. aa. 10,0
D. 3 \times tgl. zu bepinseln. (Vorher Entfernung der Krusten und Zerstörung der Wucherungen mit 10%^o Milchsäurelösung.)
Ulcer. tubercul. cut.
(Alivisatos.)

Rp.
Chinosol. 0,2
Amyl. trit. 14,8
Lycopod. 30,0
Mts. Kinderstreupulver.
Intertrigo.
(Ostermann.)

Rp.
Tct. baferan. 1,0 -1,5
Syr. Cof. tost. 60,0
D. theelöffelw. z. n.
Malaria.
(Peckoldt.)

Rp.
Bromalin.
(= Bromäthylformin.)
Aq. destillat. aa 10,0
Lyr. Aur. Cort. 90,0
MDS. 1—2 Mal tgl. 1 Kinderl.
Epilepsie.
(Rohmann.)

Rp.
Formaldehyd. 5,4
Cocain mur. 0,1
Aq. destillat. 10,0
DS. zu Einträufelungen.
Otitis purulent.
(Brat.)

Rp.
Camphor. pulv. 1,0
Zinc. oxydat.
Bismuth subn. aa 15,0
Talc. pulv. 40,0
MDS. Streupulver; vorher Waschung mit Borwasser.
Eczema ani.
(Broy.)

Kleine Mitteilungen.

— E. Merck's Jahresbericht für 1899 enthält auf 185 Seiten eine alphabetisch angeordnete Zusammenstellung der neueren Präparate und Drogen, ausserdem 2 Originalarbeiten, von denen die eine interessante Mitteilungen über Tuberkulose-Toxine macht, während die andere einen Entgiftungsapparat zum Gebrauche bei Vergiftungen durch Blausäure und Cyankalium beschreibt. Die M.'schen Jahresberichte sind als Führer auf dem schwierigen Gebiete der neueren Pharmakotherapie jedem Arzt hochwillkommen.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf. einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

Mai 1900.

Heft 5.

Inhalt: Originalien: Spiegelberg, Zur Neugeborenenpflege vor 200 Jahren, 97. — Schröder, Ueber neuere Medikamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberculose, 99. — Goliner, Ueber Tanocol, ein neues Dermadstringens, 102. — Referate: Hochsinger, Die Myotonie der Säuglinge und deren Beziehungen zur Tetanie, 105. — Strauss, Ueber Klystiere und Suppositorien von Heidelbeerextract zur Behandlung von colitischen Processen, 106. — Dörfler, Zur Behandlung der chronischen Obstipatio im Kindesalter, 107. — Friedjung, Ein Fall von Phthisis renum, 108. — Cerny, Kräftige Kost, 108. — Frieser, Ueber Eulactol ein neues Nährpräparat, 110. — Königschmied, Ueber die Anwendung des Alsols in der Medicin und Chirurgie, 111. — Kassowitz, Phosphor bei Rachitis, 111. — Bardet u. Blondel, Ueber die Art der Verabreichung des Orthoform, 112. — Goldmann, Haematogenum siccum Schneider (Sicco), 113. — Gesundheitspflege: Spiegelberg, Schulärztliches, 114. — Rezensionen: Orner, Vorlesungen über spiecielle Therapie innerer Krankheiten für Aerzte und Studierende, 2. Aufl., 115. — Schäffer, Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe, 5. Aufl., 115. — Flamm, Die Entwicklung und Geburt des Menschen, 115. — Liebmann, Vorlesungen über Sprachstörungen, 116. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 116. — Rezeptformeln für die Kinder-Praxis, 119. — Kleine Mitteilungen, 120.

Zur Neugeborenenpflege vor 200 Jahren.

Von Dr. Johann Hugo Spiegelberg in München.

Nachdem ich in dem in No. 1 dieses Jahrganges abgedruckten Aufsätzen über Säuglingspflege ums 15. Jahrhundert eine Fortsetzung versprochen, glaubte ich, dieses Versprechen durch Wiedergabe noch zweier in Betracht kommender „Kommentare“ einlösen zu sollen. Ein genaues Eingehen auf dieselben lässt indessen in denselben einen solchen Wust von unmedicinischen Aberglauben, Geisterspuk und Astrologie erkennen, dass ich sie den vorangegangenen nicht anreihen zu können glaube. Der geneigte Leser wird es deshalb mit Nachsicht aufnehmen, wenn ihm heute ein anderes Bild geboten wird, das nicht minder interessant, wenn auch um wenigstens 200 Jahre jünger ist.

Den meisten Aerzten dürfte zum mindesten noch aus den geburtshilflichen Operationskursen der Name der Justina Siegemundin bekannt sein. Sie schrieb 1689 ihre „Hof-Wehe-Mutter“, ein aus eigener Erfahrung hervorgegangenes Lehrbüchlein für Hebammen, von welchem mir eines vorliegt. Als tüchtige Wehenmutter verstand sie auch von Säuglingspflege viel. Von dem, was sie uns mitteilt, möchte ich, diesmal auch in ihrer Sprache, eine Probe geben:

„Wann das Kind zur Welt gebracht und gelöset worden, muss es gereinigt, in warme Windeln gelegt und nicht so lange auf dem Schooss gehalten werden, bis die Nach-Geburt geholet. Darauf ist die sich auffhaltende Feuchtigkeit in der Brust auszudrücken, und die im Mutterleibe gesammelte Unreinigkeit der Gedärme (der sogenannte Heiden-Dreck) durch den Stuhlgang genugsam wegzubringen; denn so davon etwas zurück bleibt, ist der Jammer nicht weit und kann der Tod diesem leicht folgen; dannachero ist gar gross nöthig, solche Unreinigkeit genugsam abzuführen, wofür die Natur, durch die Anfangs dünne und wässerige Milch schon gesorget, welche doch insgemein sehr hindan gesetzt wird, solche den Kindern zu geben. Das warme Bad dient auch öfters insonderheit, wenn nur ein wenig Seife oder Saltz dareingethan ist, den Stuhlgang wohl zu fördern, es muss aber ganz wenig sein, dass es keine scharfe Sohle werde, denn die könnte des Kindes Haut nicht vertragen.

Wann es nöthig, dass dem Kinde das Zungen-Bändgen zu lösen, sind dieses die Zeichen, dass es die Zunge nicht ausstrecken, selbige nicht bewegen und um die Wartze nicht recht schlagen kann. Unter tausend Kindern ist kaum eines, so Mangel daran leidet. Es kann mit einer scharffen Scheere geschehen und hernach Rosenhonig daran gestrichen werden.

So wird am Ende auch gedacht werden von einem solchen Bade, wenn die Kinder nicht zunehmen können. Dieses muss insgemein gleich Hexerey seyn, wenn die Kinder dicke und harte Leiber, dabei ein auffgedünstet Gesichte haben, die Arme und Beine aber wie Stöcke verschwinden, da es doch von Würmen, von zähen und sauren Schleim, so Gekröse und Milch-Geäder verstopffet und zuge-dämmt hat, dass der Nahrungssafft an die auswärtigen Theile nicht gelangen kann, zum öfftersten den Ursprung hat. (f)

Bissweilen sind auch die Nerven und Sehn-Geäder Schuld, entweder viel zu schlaff, oder gar gedruckt, dass die Geister ihren Einfluss und Fortgang nicht recht in selbige haben, noch die Wärme und ausdehnende Krafft, denen fleischigten Theilen zuwege bringen können. (f)

Vor allen Dingen aber muss die Kinder-Mutter untersuchen, ob irgend ein Mangel oder Ueberfluss zu spüren sei? Ob die Theile so ihre Öffnung haben müssen, in solcher Beschaffenheit seyn, oder ob sie nicht durchgängig zu finden? als: ob der Urin und der Stuhlgang fortgebracht werde? Zumalen ich 2. Exempel weiss von diesen beyden Arten, welche, wenn es zeitig wäre denen Eltern gemeldet, und Hülffe gesucht worden, hätte solches, da es noch frisch und zart war, in den natürlichen Zustand vielleicht können gebracht werden, da hernach die Kinder . . . ihr Leben wieder aufgegeben . . .

Die Kinder-Mütter müssen auch vor allen Aberglauben, welches ein Stück der Zauberey ist, ihr Gewissen frei behalten, . . . Hierher gehöret auch das Seegnen und Besprechen des sogenannten Hertz-Gespannes. Man reibe und streiche nur offte vom Herz-Knöspel abwärts auf beyden Seiten unter die kurtze Rippen weg mit Fettigkeiten oder Speichel, warmen Tüchern, oder auch nur mit warmen Händen, so werden sich die Blehungen schon zertheilen, und der hart-ausgespannte

Leib schmeidig und erweicht werden. Dieses dienet auch wider das sogenannte Anwachsen.

Der Kinder-Brey muss von alter geriebener Semmel, NB. nicht von Mehl, mit ein wenig Wasser oder Fleisch-Brüh von Hünern etc. mit Zucker oder reinem Honig und etwas zart-gestossenem Fenchel oder Aniess zubereitet werden. Er muss vor allen Dingen dünne und vom Löffel abfließend seyn, nicht so lange stehen, dass er sauer, dicke und zähe wieder werde, woraus Jammer, Noth und der Tod gar leicht entstehen können; daher ist es alsdenn ein Kleister zu nennen, und gehöret für die Buchbinder, bringet Verstopfung, Angst, Schmetzen, unruhig Schlaffen, Schreyen und den blehenden Jammer zuwege.

Wenn die Milch denen Müttern fehlet, müssen sie Morgens und Abends eine grosse Messer-Spitze voll von gepulverten Krebs-Steinen, gebrannt Hirsch-Horn, Köl-Wurtzel, Möhren-Saamen, Haber-Kümmel, Aniess, Fenchel, ein so viel wie des ander, zusammen vereiniget, mit warmen Getränke nehmen, dabey Petersilien- oder Kerbel- ingleichen Mehlsuppen, die letzte insonderheit, wenn sie krank gewesen, des Tages einigemal geniessen. Aeusserlich ist gut Haber-Kümmel in einem linnen Beutel, ohngefehr ein Quentlein, mit ein halb Quent. Campher und ebensoviel Saffran zwischen die Brüste zu hängen. So ist auch gut, die Milch-Röhrgen gangbar zu machen, die Brüste öfters warm, mit einen groben und härichten wöllenen Tuche zu reiben. Es kann auch Hirse-Saamen, in einen Beutel gethan, und stets warm über die Brüste gelegt werden“. u. s. f. „Sollte aber eine Entzündung, oder ein so genannter Ausschuss dazukommen, muss das verdammete Seegen-Sprechen, die närrische und aber gläubige Erb-Bürste insgemein erhalten; eine andere Bürste oder obiges Reiben thut eben dasjenige wie diese.“ Es folgen nun einige sehr „reichhaltige“ Recepte.

Die Justina Siegemundin verstand kein Latein und nichts von Medicin. Aber gesund sind ihre Anschauungen, wie ihre Sprache.

Ueber neuere Medikamente und Nahrungsmittel bei der Behandlung der Tuberkulose.*)

Von Dr. G. Schroeder in Schömberg, O.-A. Neuenbürg (Württemberg).

Die Phthisiker sind seit langer Zeit und häufig in unverantwortlicher Weise Versuchsobjekte für allerlei medikamentöse Maassnahmen gewesen. Wenn man nur die unzähligen Heilmittel, die in den letzten 10 Jahren gegen die Tuberkulose empfohlen wurden, Revue passieren lässt, so muss man sich wundern, dass überhaupt noch tuberkulöse

*) Aus: „Zeitschr. f. Tuberkulose und Heilstättenwesen“, Bd. I. Heft 1.

Menschen existieren. Trotzdem giebt es eine berechnigte arzneiliche symptomatische Behandlung der Tuberkulose. Wir müssen uns nur bemühen, den Wert der angewandten Mittel auf das richtige Maass zu beschränken.

Diese Gesichtspunkte werden die kritische Besprechung der neuen für die Behandlung der Tuberkulose empfohlenen Medikamente und Nährpräparate in dieser Zeitschrift leiten.

Der häufig überaus lästige Reizhusten der Lungenkranken, ferner heftige Schmerzen bei Pleuritiden, Larynx- und Darmphthise erfordern manchmal die Anwendung narkotischer Mittel. Man soll natürlich mit denselben möglichst lange warten. Neuerdings werden Ersatzmittel des Morphins für unsere Zwecke empfohlen. Ausser den älteren Codein und Peronin (das chlorwasserstoffsäure Salz des Benzylmorphins) sind es in erster Linie Dionin (die salzsaure Verbindung des Morphinäthyläthers) und Heroin (Diacetylmorphin).

Während das Dionin seinen Platz als hustenlinderndes und schmerzstillendes Mittel in Dosen von 1—3 cg behauptet hat (Winternitz, Higier, Block), ist das Heroin nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Als Maximaldosis muss 5 mg angesehen werden wegen der Giftigkeit des Medikaments (Harnack). Die Atmungsthätigkeit und die Erregbarkeit des Atemcentrums scheint es erheblich herabzusetzen (Winternitz). Bei Anwendung kleinster Dosen verlangsamt und vertieft es die Atmung (Fraenkel) und dadurch wird es zu einem brauchbaren Hustenmittel. Die Empfehlungen Deser's, Floret's, Leo's, Hollkamp's und anderer haben daher gewisse Berechtigung. Die beobachteten Collapswirkungen, auftretende Uebelkeiten, Schwindel, rauschähnliche Zustände selbst nach kleinen Dosen mahnen aber immer wieder zur Zurückhaltung im Gebrauch (E. Turnauer, Rosin). Auch dem Ref. sind derartige üble Nebenwirkungen des Heroins unangenehm aufgefallen.

Die Narcotica können wir ferner bei starker Dyspnoe der Lungenkranken nicht entbehren. Es lohnt sich, gegen dieses Symptom mit dem Oxykampher (3 mal tägl. 0,5 in Pulvern) oder dem Oxaphor (Sol. Oxycamph. [50%] 10,0 Spiritus vini. 20,0 Succ. liq. 10,0 Aqu. dest. ad. 150,0 3 mal tägl. 1 Essl.) einen Versuch zu machen. (Jacobson.) Auch der fortgesetzte Gebrauch von Jodipin (2—3 mal tägl. 1 Theel.) ist angezeigt, einer Verbindung von Jod und Sesamöl, die den Magen nicht schädigt und keinerlei Intoxikationserscheinungen hervorruft. Es soll länger als die Jodalkalien im Körper verweilen (Frese, Winternitz).

Antipyretica überschwemmen in letzter Zeit förmlich den Markt. Wir brauchen dieselben bei der Behandlung der chronischen Fieberzustände als Milderungsmittel, ohne uns hinsichtlich ihrer Heilwirkung zu grossen Illusionen hingeben zu dürfen. Erwähnen will ich, dass neuerdings von verschiedener Seite Citrophen (Boehm, Heidingsfeld, Frieser), eine Kombination von Citronensäure und Paraphenetidin und Aspirin (Wohlgemuth, Witthauer) (Acetylsalicylsäure) empfohlen wurden. Beiden wird auch eine gute Wirkung auf rheumatische Schmerzen und Pleuritiden zugesprochen. Die Ersatzmittel für Antifebrin und Phenacetin, ihre Sulfoderivate Cosaprin und Phesin kommen

für unsere Zwecke kaum in Frage, da ihre antipyretische Wirkung nicht gross zu sein scheint (Rosen.)

Ein sehr lästiges Symptom des Fiebers, die Nachtschweisse, gegen die wir in Anstalten nur selten medikamentös vorzugehen haben, bekämpft Hirschfeld mit Formalinalkoholpinselungen der Haut (40 % Formalinlösung werden mit gleichen Teilen Alcohol. absol. gemischt).

Die Ernährung des Phthisikers so zu gestalten, dass nicht nur dem drohenden Schwund der Gewebe vorgebeugt, sondern sogar Fleischansatz erreicht wird, ist eine der Hauptaufgaben der Therapie. Die Anorexie der Lungenkranken erschwert dieselbe in sehr vielen Fällen ausserordentlich. Wir warten noch auf das wirksame Stomachicum. Ob das Validol (eine Verbindung von Menthol mit Valeriansäure) den Erwartungen entspricht, ist sehr zweifelhaft. Vertun und Cipriani befürworten seine Anwendung, Lyonnet, Moritz und Martin die des Vanadium tägl. mehrm. 1—4 mg. Funktionelle Störungen und organische Veränderungen des Magens und Darms, in erster Linie die Darmtuberkulose selbst, sind naturgemäss meistens unüberwindbare Hindernisse für eine genügende Ernährung. Gegen die Diarrhöen der Phthisiker verordnet de Renzi eine Kombination von Jodoform und Tannin, gegen Obstipation Jodoform mit Naphthalin (0,2 Jodoform mit 0,4 Tannin resp. Naphthalin 2—4 mal tägl.).

Von Flatow wurde ein neues Adstringens „Tanocol“, eine Verbindung von Tannin und Leim, in Dosen von 3mal tägl. 1 g nach den Mahlzeiten gegen die tuberkulösen Diarrhöen mit scheinbarem Erfolge eingeführt.

Künstliche Nährpräparate kommen zur Hebung des Ernährungszustandes chronisch Kranker in letzter Zeit vielfach zur Verwendung. Ein Mittel, welches die zu fordernden Eigenschaften der Billigkeit, der guten Resorbierbarkeit und angenehmen Darreichung vereinigt, ist das Plasmon (frz. Caseon). Die Eiweisskörper der Magermilch werden nach einem einfachen Verfahren zu einer pulverigen Masse verarbeitet. Es lässt sich in mannigfacher Weise reichen. Wir sind gewohnt, das Plasmon in Gaben von 30—60 g in Reismehl verarbeitet, Kranken zu geben. Es wird so gern genommen, da man es weder schmeckt noch riecht. Vor der Verarbeitung mit dem Reis lässt man die Dosis Plasmon in Wasser quellen. Dass das Präparat im Organismus gut ausgenützt wird, beweisen die Arbeiten von Prausnitz und Block. Ueber das Eulactol, ein Gemisch von Eiweiss (28,5 %), Fett (14 %), Kohlehydraten (Milchzucker) (46 %), welches Swarsensky und Ewald empfehlen, fehlen uns Erfahrungen. Es scheint gleichfalls brauchbar zu sein.

Alle diese Nährmittel können nur Hilfsmittel bleiben. Der leicht-erkrankte Phthisiker hat sie nicht nötig, bei dem Schwerkranken ist oft alle Mühe umsonst. Der alte Leberthran, den man bei allen Neuerungen mit Unrecht etwas vergisst, wird neuerdings zweckmässig als Klysma in Mengen von 30—50 g und mehr gegeben bei Kranken, die den Geschmack des Mittels nicht ertragen und deren Magen empfindlich ist. (Zeuner.)

Die französischen Autoren Lancereaux und Paulasco wandten

zum ersten Male die Gelatine als blutstillendes Mittel an. In letzter Zeit wurden die subcutanen Einspritzungen von 50—200,0 g einer 2—3% Gelatinelösung (die Gelatine wird in 7‰ Kochsalzlösung gelöst und die Lösung sterilisiert) auch in Deutschland gegen Lungenblutung gemacht. Die Erfolge ermutigen zur Nachahmung. Bauermeister hat die Gelatine auch innerlich bei Hämoptoe gegeben.

An Bestrebungen, spezifisch wirkende Mittel gegen die Tuberkulose zu finden, hat es nie gefehlt. Es ist noch keines gefunden. Die Reihe der uneigentlichen Specifica wird immer grösser. Kreosotpräparate nehmen unter ihnen den ersten Platz ein. Das Thiocol (orthogujacolsulfosaures Kalium) hat viel von sich reden gemacht. Es wird in Dosen von 3—10 g in Pulvern oder als 10% Thiocolsymp (Sirolin) gegeben. Es ist wahr, das Mittel lässt sich leicht nehmen und hat keine unangenehmen Nebenwirkungen; ob es aber das leistet, was einige Autoren von seiner Wirkung sahen, bleibt abzuwarten (Schnirer, de Renzi und Boeri, Rossbach), die hohe Resorbierbarkeit des Mittels scheint festzustehen. Das kreosotsulfosaure Kalium, Sulfosot, und der Sulfosotsymp sollen ähnliche Vorteile, wie das Thiocol besitzen (Schnirer).

Günstige lokale Wirkungen mancher Arzneien bei chirurgischer Tuberkulose geben oft den Anlass, dieselben Mittel innerlich in der Behandlung zu verwerten. Stepp sah gleichzeitig günstige Erfolge nach äusserer Anwendung von Fluoroformwasser bei Kniegelenktuberkulose, Lupus, Analgeschwüren und interner bei Phthise. Seine Resultate wurden von Görl nicht bestätigt. Hahn pries eine Mischung von 35% Formaldehydlösung und Glycerin als heilende Injektionsflüssigkeit bei chirurgischer Tuberkulose. Lardner Green lobt Einatmungen, resp. Spray von Formalin bei Phthise (4,0 Formalin, 16,0 Glycerin, 120 Aqu. dest.) Die Inhalationstherapie spielt noch immer eine grosse Rolle in der Phthisisbehandlung, ohne dass die günstige Wirkung der Inhalationen mannigfacher Mittel bewiesen wäre. Intratracheale Injektionen von mit Medikamenten wie Jodoform, Menthol, Kreosot vermischem Olivenöl, die kürzlich Mendel von neuem empfahl, gehören auch hierher.

Ueber Tanocol, ein neues Darmadstringens.*)

Von Dr. Golinier, Erfurt.

Die katarrhalischen Diarrhöen des Kindesalters gehören zu denjenigen Krankheitserscheinungen, welche von Anfang an recht ernst genommen werden müssen. Ist doch gerade bei Kindern die Gefahr für ihr Leben und ihre Gesundheit eine viel grössere als bei Erwachsenen, einmal wegen der grösseren Neigung der Darmfollikel zur Hyperplasie und Ulceration, und sodann wegen der bei Kindern

*) Aus: „Medicinische Rundschau“ No. 55, 1899.

vorherrschenden Tendenz der Mesenterialdrüsen, infolge wiederholter Reizungen der Darmschleimhaut anzuschwellen und zu verkäsen, gerade so, wie die Bronchialdrüsen infolge chronischer Bronchialkatarrhe. Dass hieraus schliesslich eine Miliartuberkulose resultieren kann, wird man ohne Weiteres zugeben. In der That sind es auch die Darmentleerungen, welche das Krankheitsbild der Tuberkulose der Bauchorgane beherrschen. Anfangs breiig, gallig gefärbt, werden die Ausleerungen später mehr dünnflüssig, mehr oder weniger entfärbt, fettreich und enthalten neben flockigen und schleimigen Beimischungen unverdaute Nahrung. Schon frühzeitig kann Blut in den Stuhlgängen in Gestalt von spärlichen Streifen oder in grösserer Menge enthalten sein, ein Zeichen, dass der Prozess auf tiefer gelegene Theile der Darmwand übergegriffen hat und sich im Dickdarm mit abspielt. Die Ausleerungen werden geradezu massenhaft, wenn ausser den geschwürigen Veränderungen im Darm noch diffus verbreiteter Darmkatarrh besteht. Den Stuhlgängen gehen oft kolikartige Schmerzen voraus; sie sind bedingt durch vermehrte Peristaltik und damit verbundene Zerrung der im Peritoneum verlaufenden Nerven. Halten sich nun die Ausleerungen in mässigen Grenzen, so können immerhin Monate bis zum tödtlichen Ausgang vergehen; ja es können bei zeitweiligem Aufhören der Diarrhöen die Kinder sich wieder einigermaßen erholen. Dagegen führen anhaltend profuse Diarrhöen gewöhnlich rasch zum Ende.

Chronische Darmkatarrhe der Erwachsenen können infolge der gestörten Darmresorption, welche kopiöse Diarrhöen mit sich bringen, das Allgemeinbefinden merklich benachteiligen; die Kranken verlieren an Kräften, magern ab und bekommen ein bleiches, krankhaftes Aussehen, so dass Bedenken über das Bestehen eines ernsteren Leidens auftauchen können. Sind die abgehenden Schleimmassen mit leichten Blutstreifen vermischt, so wird man an beginnende folliculäre Geschwürsbildung denken, besonders dann, wenn kleine Schleimklümpchen in Form von gequollenen Sagokörnern, an denen manchmal Blutspuren haften, in den Dejektionen vorhanden sind. Diese Klümpchen entstehen derart, dass sich etwas Schleim in den rundlichen Vertiefungen, welche bei dieser Geschwürsbildung entstehen, anhäuft und diese Form bewahrt, wenn er gelegentlich abgelöst und ausgetrieben wird. Im Blinddarm bilden sich vermöge besonderer lokaler Bedingungen aus ursprünglichen Katarrhen zuweilen Geschwüre hervor, welche von der Schleimhaut aus in die Tiefe dringen können, so dass sämtliche Häute des Darms gereizt und in Entzündung versetzt werden. Dieser Entzündung gehen öfter Koliken und Darmkatarrh als Vorboten voraus, so dass zeitweise über Leibschmerzen geklagt wird und abwechselnd Verstopfung und Durchfall bestehen.

Wenn die zahlreichen adstringirenden Mittel, welche man gegen akute oder chronische Enteritiden anwendet, nicht immer den gewünschten Erfolg zeigen, so erklärt sich dies aus dem Umstande, dass die betreffenden Mittel keine adstringirende Wirkung auf die tieferen Abschnitte des Darmrohres zu entfalten vermögen, weil sie schon im Magen oder Duodenum resorbirt werden. Nach den heutigen pharmakologischen Anschauungen verlangen wir von einem

Darmadstringens, dass es im Magen schwer löslich ist, es im alkalischen Darmsaft sich langsam löst und auch die unteren Abschnitte des Darmes zu beeinflussen vermag. Diesen Anforderungen konnte aber das Tannin, ein früher viel gebrauchtes Adstringens, nicht genügen, weil es als Gallussäure in's Blut aufgenommen wird und als solche nicht sekretionsbeschränkend wirkt. Dagegen lehrt uns die Pharmakologie, dass Leimstoffe sich mit Gerbsäure zu unlöslichen Verbindungen vereinigen; das so entstehende Leimtannat ist, wie neuere Versuche gelehrt haben, in schwach sauren Flüssigkeiten und auch im künstlichen Magensaft fast völlig unlöslich, in alkalischen Flüssigkeiten jedoch löslich. Es ist also ohne Weiteres klar, dass eine Gerbsäureverbindung des Leims ganz andere energischere Wirkungen auf die Schleimhäute des Darmes entfalten wird als die Gerbsäure allein. Denn während letztere bereits im Magen zurückgehalten wird, muss die im Magensaft unlösliche Gerbsäureleimverbindung unzer setzt in den Darm gelangen und in diesem allmählich aufgelöst werden und Adstriction bewirken. Eine solche Verbindung stellt das Tanocol dar. Das Tanocol ist ein grauweisses, vollständig geruch- und geschmackloses Pulver, welches zu etwa gleichen Theilen aus Tannin und Leim besteht, im Magensaft unlöslich ist, dagegen vom alkalischen Darmsaft unter Abspaltung von Tannin gelöst wird. Es stellt eine sehr reine Gerbesäureverbindung des Leims dar, welche den Magen fast unzer setzt passirt und im Darne allmählich sich auflösend kräftig adstringirend wirkt. Da somit das Tanocol alle Bedingungen erfüllt, welche man an ein rationelles Darmadstringens stellt, so zog ich es in einer Reihe akuter und chronischer Darmkatarrhe in Anwendung. Ich gab Kindern im Alter von 2—6 Jahren 0,3—0,5 gr Tanocol und liess Fleischbrühe nachtrinken, während Erwachsene 1 gr erhielten. Der Erfolg war durchaus zufriedenstellend, indem nach Gebrauch von 3—4 gr die wässerigen Ausleerungen aufhörten und der Stuhlgang eine feste, normale Form annahm. Bei tuberkulösen Kindern wurde durch Tanocol ein Nachlass der profusen Diarrhöen erzielt und damit eine sichtliche Besserung der Ernährung und des Allgemeinbefindens, wie aus folgenden Krankengeschichten, welche ich einer grösseren Reihe entnehme, hervorgeht.

1. Ein 3jähriges Mädchen litt seit Monaten an einem hartnäckigen chronischen Darmkatarrh; es gingen täglich copiöse schleimige Entleerungen ab, es stellte sich Meteorismus, abnorme Abmagerungen ein. Nachdem verschiedene Adstringentien, wie Opium, Colombo, Plumbum aceticum u. a. m. ohne Erfolg gegeben worden, gab ich der Patientin 3mal täglich je 0,3 gr. Tanocol. Nach der dritten Dosis verminderten sich die Stühle von 8—10 auf 2—3 täglich und zeigten nach Verbrauch von 2 gr. Tanocol ein fast normales Aussehen. Nach achtätziger Behandlung erfolgte täglich nur 1 mal Stuhlgang, der Meteorismus war verschwunden, das Aussehen des Kindes besserte sich zusehends.

2. Ein 5jähriger schwächlicher Knabe, welcher schon früher öfter an Diarrhöe gelitten hatte, entleerte seit einigen Tagen 5—6 käsige Stühle von aashaftem Geruch. Appetit nicht vorhanden. Kollern im Leibe, Neigung zum Brechen. Der Kleine erhielt 3 mal

täglich je 0,5 gr. Tanocol und dünne Taubenbrühe. Schon am folgenden Tage zeigten sich die Faeces, welche nur 2 mal täglich abgingen, ein besseres, gelbliches Aussehen; nach Verbrauch von 3 gr. Tanocol waren sie nahezu fest.

3. Ein 7 jähriger Knabe bekam infolge eines Diätfehlers eine starke Diarrhöe. Die Stühle bestanden fast nur aus Schleim und Blut und erfolgten alle halbe Stunde unter heftigen kolikartigen Schmerzen; vollständige Appetitslosigkeit, Zunge dick graugelb belegt, Unterleib wenig empfindlich, schlaff. Patient nahm 3 mal täglich $\frac{1}{2}$ gr Tanocol und trank etwas erwärmten Rothwein nach. Am folgenden Tage war das Befinden auffallend besser; die Faeces sahen gelblich aus und zeigten eine festere Form; es erfolgten nur 2 Ausleerungen täglich; der Kleine erholte sich binnen wenigen Tagen.

Besonders möchte ich noch hervorheben, dass die Kinder das Tanocol sehr gern nahmen, da es den Magen nicht belästigt und vollständig geruch- und geschmacklos ist. Sämtliche 20 Kinder, welche ich mit dem Tanocol behandelte, wurden wesentlich besser, zum Theil genasen sie vollständig. Auch Erwachsene lobten die gute stopfende Wirkung des Mittels bei akuten und chronischen Darmkatarrhen. Das Tanocol gehört zu den besten Darmadstringentien, welche die neuere Materia medica aufzuweisen hat.

Referate.

Die Myotonie der Säuglinge und deren Beziehungen zur Tetanie. Von Hochsinger. (Wiener medic. Wochenschr. Nr. 7—12. 1900.)

Am Schlusse einer sehr ausführlichen Arbeit über Myotonie der Säuglinge bemerkt H., dass die Muskelhypertonien der frühesten Lebensperioden sowohl physiologischer, als auch pathologischer Art sein können, wobei man im Auge behalten muss, dass nicht zwei vollkommen von einander abgrenzbare Erscheinungsformen vorliegen, sondern dass Uebergänge zwischen beiden Arten der Muskelhypertonie der Neugeborenen unter allen Umständen nur eine durch Ernährungsstörungen des Centralnervensystems hervorgerufene Steigerung der physiologischen Hypertonie darstellt.

Die resumierende Rückschau über die ganze Lehre ergibt:

I. Die Myotonia physiologica neonatorum. Die Charaktere derselben sind: leichte Rigidität der Extremitätenbeuger, Tendenz zu leicht flectierter Finger- und Zehenhaltung bei sonst vollkommenem Wohlbefinden des Säuglings. Kommt nur während der ersten drei Lebensmonate vor.

II. Myotonia pathologica. Die Krankheitsfälle lassen sich ja nach der Intensität der Erscheinungen in drei verschiedene Gruppen bringen.

1. Die Myotonie ersten Grades: Charakteristisch für diese Form ist die Erregbarkeit des Faustphänomens bei Compression des

Sulcus bicipitalis internus. Daneben besteht Flexorenhypertonie mässigen Grades. Diese Form findet sich mitunter bei geringfügigen Verdauungsstörungen und kommt mit besonderer Vorliebe in den ersten Lebenswochen, jenseits des zweiten Lebensmonates aber schon sehr selten vor.

2. Myotonie zweiten Grades oder *Myotonia spastica perstans* charakterisirt sich durch Bestehen symmetrischer permanenter Flexionskrämpfe der Hände und Füsse, durch Versteifungen der Extremitätenbeuger und -Adductoren und ausschliessliches Befallensein der Extremitätenmuskeln. Diese Krankheit entsteht bei septischen Processen, bei schweren Darm- und Hautkrankheiten und auch bei hereditärer Lues. Tritt in den ersten Lebenswochen sehr häufig auf, nach dem ersten Lebensquartal ist sie relativ selten.

3. *Myotonia tetanoides* oder *Pseudotetanus*. Diese Form ist charakterisiert durch Uebergreifen des myotonischen Vorganges auf die Rumpf-, Nacken und eventuell auch auf die Gesichtsmusculatur.

Allen pathologischen Myotonieformen ist das Vorkommen des Faustphänomens gemeinsam, während das Facialisphänomen immer fehlt.

Was die Prognose anbelangt, muss hervorgehoben werden, dass das Auftreten dieser Krankheit bei Säuglingen nicht gern gesehen ist und dass es stets auf eine schwere toxische Beeinflussung des Rückenmarkes hinweist. Jedoch können diese Spasmen und der Pseudotetanus nach Beseitigung des Grundleidens schwinden. Eine directe Therapie der Myotonie contractären existiert nicht. Weder die Sedativa, noch die Narcotica haben irgend einen Einfluss. Die Behandlung ist nur gegen das bestehende Grundleiden zu richten.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Klystiere und Suppositorien von Heidelbeerextract zur Behandlung von colitischen Processen. Von H. Strauss (Therap. Monatsh. 1900. III.).

Zur Bereitung von Heidelbeerklystieren und -Suppositorien empfiehlt St. die Benutzung eines fertig gelieferten Heidelbeerextractes (J. Fromm-Frankfurt a. M.). Es bietet nach mancher Richtung Vortheile, so für den Patienten, welchem die Hilfsmittel der Küche nicht ohne Weiteres zur Verfügung steht, für Krankenanstalten mit Centralisationen des Küchenbetriebes, wo die Herstellung der Winternitz'schen Abkochung auf Unannehmlichkeiten stösst. Wichtig vor allem ist die Gewinnung eines stets möglichst gleichartig zusammengesetzten Präparates zum Ausgangspunkt für Klystiere und Suppositorien. Das honigdicke Extract wird unter Zusatz von etwas Soda zur Abstumpfung der Säure in $\frac{1}{4}$ l heissen Wassers gelöst. Die Klystiere wurden 2mal täglich als Bleibeklystiere gegeben und 5 Minuten bis $2\frac{3}{4}$ Stunden zurückgehalten, ohne das Klagen über unangenehme Sensationen auftraten. Bei Lokalisierung des Krankheitsprocesses im unteren Darm zeigte sich je nach der Schwere des Falles früher oder später eine mehr minder ausgeprägte Besserung, welche stets eintrat, wenn es nicht um einen verzweifelten Fall oder

eine Betheiligung der oberen Darmpartien sich handelte. Günstig waren die Erfolge bei Proctitis, subacuter und chronischer Colitis, Sigmoiditis, Colitismucosa. Die Wirkung stand der des Tannin-, Wismuth-, Argentum-, Aluminium-aceticum-Klystieren mindestens gleich, wurde nur noch übertroffen von Stärkemehl-Opium-Klystieren. Gleichzeitige Dünndarmaffectionen erfordern auch Verabreichung adstringirender Mittel per os. Im Uebrigen wurde, um die Beurtheilung nicht zu erschweren, auf eingreifende Diätveränderungen und weitere medicamentöse, speciell locale Behandlung verzichtet. Die Klystiere schienen auf das erkrankte Colon eine intensivere Wirkung zu entfalten, als die Suppositorien, wohl weil das adstringirende Princip leichter auf eine grössere Fläche sich ausdehnen und einwirken kann. Der Erfolg der Behandlung erschien um so aussichtsvoller, je mehr die Erkrankung auf Colon descendens bezw. Rectum localisirt war.

v. Boltens Stern-Bremen.

Zur Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter.

Von Dörfler. (Münch. med. Wochenschr. 1900 No. 4.)

Die Obstipation der Säuglinge kommt dadurch zu Stande, dass in Form von Kuhmilch-Wassergemengen eingeführte Nahrung 1) zu wasserreich und voluminös, 2) zu fettarm ist und dass 3) die Caseinverdauung im Kindesdarm durch die übermässige Verdünnung des Magen- und Darmsaftes und wohl auch der Galle in gesundheitsschädlicher Weise gehemmt ist. Magen und Darm sind dadurch in ihrer physiologischen Thätigkeit behindert, das Casein kann nicht mehr überwältigt werden und ballt sich im Verein mit den übrigen Trockensubstanzen zu einem trockenen, zähen Speisebrei und später Koth zusammen, der durch seine Wasserarmuth dann auch träge lange Zeit liegen bleibt. Eine Besserung der Obstipation erzielte D. schon dadurch, dass er kleinere und mehr Milch enthaltende Nahrungsmengen verabreichte. Setzte er aber der Milchwassermischung frische, süsse Butter hinzu, so erreichte er dadurch, dass die Nahrungsbestandtheile reizlos reichlich vermehrt und andererseits die gehemmte Darmthätigkeit angeregt wurde. Die hartnäckigste Obstipation kann durch die Butter bei sonst nicht kranken Kindern spielend beseitigt und dauernd geheilt werden, ausserdem wird durch dieselbe das Allgemeinbefinden der Säuglinge und auch älterer Kinder bis zum 5. und 6. Lebensjahre herauf in günstigster Weise beeinflusst.

Die zu verabreichende Butter muss stets frisch und bester Qualität sein, am besten sogen. Gebirgsbutter (Centrifugenbutter). Auf dem Lande verabreicht man stets ganz frisch bearbeitete gewöhnliche Butter. Die Einzelgabe muss streng individualisirt werden. Im 2. und 3. Monat giebt man früh und abends $\frac{1}{2}$ —1 Kaffeelöffel und zwar so lange, bis normaler Stuhlgang erfolgt, dann nur alle 2 Tage diese Dosis; im folgenden Monat 2—3 Kaffeelöffel täglich; ist der Stuhlgang geregelt, dann wird Butter nur im Bedarfsfalle in derselben Menge alle 2—3 Tage gegeben; vom 5. Monate an bis zu einem Jahre alle 2 bis 3 Tage 1—3 Esslöffel, längere Zeit hindurch. Von da ab nach Bedarf und Notwendigkeit.

Die Butter darf nur im Rahmzustand gegeben werden, nie in Milch gelöst oder in andere Vehikel verrührt. Butter, die schon mehrere Tage alt ist, muss vermieden werden.

Die Kinder dürfen nur dann Butter bekommen, wenn sie nur an Verstopfung und deren Folgen leiden. Es darf kein Magen- oder Darmkatarrh etc. bestehen, die Ernährung muss einigermaßen rationell bisher durchgeführt worden sein, die Kinder müssen ihre bisherige Nahrung vertragen und dabei relativ gedeihen. Alle Erkrankungen dagegen, deren Ursache die Obstipation ist, sind keine Contraindikation.

D. hat auch bei anaemischen Kindern mit Neigung zu Rachitis, Kinderatrophie etc., auch wenn sie nicht an Verstopfung litten, durch Butterzusatz zur Nahrung günstige Erfolge erzielt.

Schnell-Egeln.

Ein Fall von Phthisis renum. Von Josef Friedjung. (Arch. f. Kinderheilk., 25. Band.)

Die ehemals so schwierige Diagnose der Nieren-Tuberkulose ist jetzt durch die Möglichkeit des Nachweises des Bacillus wesentlich erleichtert und wird daher häufiger gestellt. Es ist das wichtig, weil daraufhin der Chirurg einen erfolgreichen Eingriff vornehmen kann. In dem mitgeteilten Falle führte die Anamnese zu einer falschen Diagnose. Aus der Krankengeschichte sei folgendes hervorgehoben: Ein 7jähriges Mädchen hat vor zwei Jahren Scharlach mit nachfolgender Nephritis gehabt. Seitdem ist das Kind leidend. Vor etwa 1½ Jahren Entstehung einer angulären Kyphose im obern Brustsegment. Seit zwei Monaten heftige Schmerzen im Abdomen, Kopfschmerzen, Fieber, Durst, geringer Appetit; bisweilen Erbrechen, Stuhl regelmässig, Urin angeblich kaum vermindert.

St a t u s 23. IX.: Temperatur 37,1°, Puls 108, geringe Spannung, Respiration regelmässig costo-abdominal. Kind sehr herabgekommen, Gewicht 11 kg. Gesichtsausdruck leidend. Augen tiefliegend, Zunge weiss belegt. Epigastrischer Winkel 90°, Lunge normal, Herzdämpfung nicht verbreitert, Töne rein. Milz und Leber etwas vergrössert, beide hart. -- Gibbus der oberen Brustwirbelsäule. Urin klar, 24stündige Menge normal. Viel Albumen-Sediment: reichliche Lymphkörperchen, spärliche rote Blutzellen, Tuberkelbac. negativ. 27. IX.: Temperatur 36,6°, Respir. 56. Rechts hinten oben gedämpft-tympanitischer Schall. Ueber beiden scapulis bronchiales Atmen. Gegen Abend exitus.

Ob d u c t i o n: Phthisis renum. Tuberkulose des oberen Teils der Ureteren. Spondyl. tub. Beiderseits Lobulärpneumonie. Fettleber.

Die erste Diagnose lautete: Spondyl. tub., Tabes mesaraica, Amyloid der Nieren, Milz, Leber.

(? Fettleber). Gegen die Annahme einer chronischen Nephritis sprach der Herz- und Harnbefund.

Es liegt die Vermutung nahe, das die Nephritis scarlat. für den Koch'schen Bacillus einen locus min. resist. schuf.

Dr. Friedmann-Beuthen.

Kräftige Kost. Von Czerny. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 51. Bd. 1. Heft.)
Unter kräftiger, roborierender Kost versteht man im Allgemeinen

die Ernährung mit Milch, Eiern und Fleisch. Bei der Begründung der Auswahl dieser Nahrungsmittel galt von Anfang an der hohe Eiweissgehalt als wichtigster Faktor, der nach Liebig ausschliesslich den Nährwert bestimmen sollte. Trotzdem sich diese Anschauung als unhaltbar gezeigt hat, fährt man fort, diese sog. kräftige Kost bei Gesunden und Kranken als die richtige zu betrachten.

C. hat Gelegenheit gehabt, zahlreiche „kräftig“ genährte Kinder zu beobachten, konnte aber keineswegs gute Erfolge wahrnehmen, sondern sammelte Erfahrungen, die er für mitteilenswert hält: Die habituelle Obstipation der Kinder ist häufig eine Folge der Ernährung mit Milch; sie erreicht besonders hohe Grade, wenn die Kinder mit Milch so gesättigt werden, dass sie nur ganz unbedeutende Mengen anderer Nahrung zu sich nehmen können. Meist schwindet die Obstipation, wenn die Milchnahrung durch eine gemischte Kost ersetzt wird. — Bei mit grossen Mengen Milch ernährten Kindern fällt auch oft eine abnorme Blässe auf, welche sehr hohe Grade erreichen kann. Bei ausschliesslicher Milchdiät bleiben auch alle Eisenpräparate wirkungslos auf die Anaemie. Sie bessert sich aber oder schwindet vollständig, wenn die Milchdiät durch eine gemischte, an Vegetabilien reiche Kost ersetzt wird.

Weiter beobachtete C. schleimige Diarrhoen oft bei solchen Kindern, die mit Eiern überernährt wurden.

Bei vorwiegend mit Fleisch ernährten Kindern zeigte sich reicher Harnsäure-Niederschlag im Urin, bei einigen Mädchen bestand Vulvitis. Diese Erscheinungen, die als Zeichen gichtiger Anlage bezeichnet werden konnten, verschwanden, wenn die kräftige Kost durch eine an Vegetabilien reiche Nahrung ersetzt wurde. Nicht unerwähnt ist zu lassen, dass die Kinder, welche mit überwiegender Fleischnahrung ernährt wurden, gegenüber denjenigen, welche Eier oder Milch vorzugsweise erhielten, infolge ihrer besseren Gesichtsfarbe auch ein besseres Aussehen zeigten.

Als ein Symptom, welches von einem bestimmten Teil einer kräftigen Kost abhängig erscheint, ist, auch die gelbe Hautfarbe anzusehen, die bei mehr oder weniger fetten Kindern allmählich auftritt und unverändert Wochen und Monate bestehen bleibt, eine Störung, die sich ausschliesslich bei Kindern bemittelter Eltern findet.

Als eine weitere Eigentümlichkeit der mit kräftiger Kost ernährten Kinder ist die Neigung zu Hautkrankheiten hervorzuheben. In zweifacher Weise äussert sich der Einfluss dieser Ernährung auf die Haut: erstens derart, dass bei solchen Kindern viel häufiger Hautkrankheiten vorkommen, und zweitens, dass Hautkrankheiten viel hartnäckiger der Therapie widerstehen, als bei zweckmässig ernährten Kindern.

Schlechter Schlaf wurde bei einer Zahl von kräftig genährten Kindern angegeben, und zwar zeigte sich hier, dass es sich regelmässig auch um quantitativ überernährte Kinder handelte.

Irrig erscheint die Annahme, dass die kräftige Kost einen günstigen Einfluss auf die Scrophulotuberkulose ausübt. Diese müsste bei den Kindern bemittelter Stände schon längst zu einer Seltenheit geworden sein, wenn sich mit der kräftigen Kost prophylaktisch

etwas erreichen liesse. In Bezug auf den Verlauf dieser Krankheit ist auch zwischen kräftig und nicht kräftig genährten Kindern ein Unterschied nicht zu erkennen. Nach C.'s Erfahrung ist die kräftige Ernährung weder prophylaktisch noch therapeutisch von Nutzen, sie kann aber in vielen Fällen wegen der oben beschriebenen Folgezustände noch zu überflüssigen Komplikationen Veranlassung geben.

Die Durchführung einer kräftigen Kost bei neuropathischen Kindern hat die Entstehung hysterischer Erscheinungen eher befördert als sie hintangehalten.

Ob kräftig ernährte Kinder für manche Infektionskrankheiten weniger empfänglich sind, oder ob einzelne dieser Krankheiten bei denselben günstiger verlaufen als bei anders genährten Kindern, erscheint nach keiner Richtung klargestellt.

Die einzige Indikation für eine kräftige Kost ist, dass man zur Regeneration verloren gegangener Gewebe nach erloschener Infektion vorübergehend eine eiweissreichere Nahrung zuführt. Auch hier wurden zweckmässig zu den Eiern, Milch und Fleisch noch Kohlehydrate hinzugefügt.

Schnell-Egeln.

Ueber Eulactol, ein neues Nährpräparat. Von Frieser. (Klin. therapeutische Wochenschrift No. 6. 1900.)

Das Eulactol stellt ein feines, weisses Pulver dar, welches vollkommen löslich ist und einen guten Geschmack besitzt. Nebst ausreichenden Mengen Eiweiss enthält das Präparat 14.28 Prozent Fette und 46.35 Prozent Kohlenhydrate. Von mineralischen Bestandteilen enthält dasselbe nahezu 4.5 Prozent u. z. Chlornatrium, kohlen-saures Natron, Phosphorsäure, Kalk, Magnesia und Eisenoxyd. Die zweckmässige Konstitution des Präparates hat F. veranlasst, das Eulactol bei mangelhafter Ernährung und bei Ernährungsstörungen verschiedener Art in Anwendung zu bringen, so bei chronischen Krankheiten des Magendarmkanales, bei Tuberkulose, Scrofulose, Rhachitis und auch bei schlechtgenährten und mangelhaft entwickelten Kindern, insbesondere auch bei Säuglingen, die der Mutter- oder Ammen-nahrung nicht theilhaftig werden konnten. In allen diesen Fällen hatte F. Gelegenheit, den Nutzen dieses Präparates zu erproben. Die durch anhaltende dyspeptische Zustände und durch langanhaltende Magendarmkatarrhe in ihrer Ernährung herabgekommenen, nahezu atrophisch gewordenen Säuglinge erhalten sich bei Gebrauch des Eulactols recht gut und gedeihen fortan unter diesem Regime ganz prächtig. Bemerkenswert ist, dass in zwei beobachteten Fällen die kranken Säuglinge, die früher aus zur Hälfte mit russischem Thee verdünnter Milch bestehende Nahrung in ausreichender Menge nicht nehmen wollten, das in Milch gereichte Eulactol gerne, ja begierig nahmen und anstandslos vertrugen. In allen diesen Fällen, in denen wegen der gestörten Ernährungs- und Verdauungsverhältnisse die gewöhnliche Nahrung zurückgewiesen oder nicht vertragen wurde und auch verschiedentlich in Anwendung gebrachte künstliche Nährmittel nicht gerne genommen wurden, ja

mitunter sogar einen nahezu unüberwindlichen Widerwillen erzeugten, hatte das Eulactol vorzügliche Dienste geleistet. Es ist somit nach den bisherigen Erfahrungen F.'s das Eulactol als ein nach jeder Richtung hin gutes und zweckdienliches Präparat zu bezeichnen, welches, wenn auch allein zu einer ausschliesslichen Ernährung für die Dauer nicht ausreichend, von hervorragendem diätetischem Werte ist, viele Vorzüge in sich vereinigt und als ein vorzügliches Unterstützungsmittel in der Ernährung und diätetischen Behandlung gelten muss. Das Eulactol wurde in Gaben bis zu 70 gr. täglich verordnet und in Kaffee, Milch oder Kakao und in gegebenen Fällen auch fortdauernd gebraucht.

Goldbaum (Wien).

Ueber die Anwendung des Alsols in der Medicin und Chirurgie.

Von Königschmied. (Therapie der Gegenwart 1900, Februar.)

An Stelle der essigsäuren Thonerde, der als Fehler die geringe Haltbarkeit und verhältnissmässig geringe Concentration anhaftet, wird von der Firma Athenstaedt & Redeker in Hemelingen die essigweinsäure Thonerde unter dem Namen Alsol in den Handel gebracht.

K. hat die günstige Wirkung des Alsols bei den verschiedensten Krankheiten erprobt. Als Gargarisma übertrifft es vermöge seiner adstringirenden Eigenschaften bei weitem das chloresäure Kali. Bei Mund und Rachengeschwüren, Glossitis, Croup, Diphtherie lässt man mit einer 1% Lösung fleissig gurgeln, bei den beiden letzten die erkrankten Partien häufiger mit einer 5% Lösung touchiren. Eine halbprocentige Alsollösung ist zum täglichen Gebrauch als Mundwasser sehr zu empfehlen.

Ganz vorzüglich bewährt sich das Alsol in der chirurgischen Praxis. Frische Wunden werden zunächst mit Orthoform bestäubt, dann wird eine $\frac{1}{2}$ —1% ige Alsollösung aufgelegt, die man ca. fünf Minuten einwirken lässt. Dann vereinigt man die Wundränder und legt einen Verband an, nachdem man vorher die Wundfläche mit einem feuchten, in Alsollösung getränkten Gazestückchen bedeckt hat.

Auch bei Erysipel und beginnender Phlegmone lässt man Umschläge mit Alsollösung machen.

In der gynäkologischen Praxis verordnet man bei Fluor albus Ausspülungen mit $\frac{1}{2}$ % igen Alsollösungen und behandelt ausserdem noch mit Tampons (1% ige Lösung), die 3—4 Stunden lang in der Vagina möglichst bis an die Vaginalpation heraufgeschoben liegen bleiben.

Ausgezeichnet eignen sich $\frac{1}{2}$ % ige Lösungen zur Ausspülung des Uterus post partum und bei Endometritis puerperalis.

Es empfiehlt sich, das Alsol, das sich nur sehr langsam in Wasser löst, in 50% iger Lösung zu verschreiben, der man zweckmässig 5% Eisessig zusetzen lässt.

Schnell-Egeln.

Phosphor bei Rhachitis. Von Prof. Kassowitz. (Therapeutische Monatsh. 1900, 4.)

J. Schwarz (Deutsch med. Wochenschrift 1900, 5) hat be-

hauptet, vor dem durch Kassowitz in die Praxis eingeführten Phosphor würde heute von den meisten Autoren gewarnt. Verf. lässt demgegenüber die näheren Äusserungen über diese Behandlungsmethoden Revue passieren und kommt bei der kurzen Uebersicht der gesamten Literatur über die Phosphorthherapie bei Rhachitis zu dem Schluss, dass gerade im Gegentheil die Autoren durchweg günstig sich aussprechen. Die Zufriedenheit und Anerkennung, welche diese Behandlungsmethode auch in der Clientel sich erworben hat, illustriert der ausserordentliche Aufschwung, welcher die Therapie an den Verf. geleiteten Anstalt seit der ersten Publikation genommen hat. Während die Zahl der wegen Rhachitis in die Anstalt aufgenommen und mit Phosphorleberthran behandelten Kinder im Jahre 1881 nur 414 betrug, waren es im Jahre 1899 in allen internen Abteilungen 9312 Patienten. Für die Jahre 1887—1899 beziffern sich die mit Phosphor behandelten Rachitidfälle auf 95088, ohne dass damit das Phosphormaterial erschöpft ist. Nicht mitgerechnet sind die chronischen Bronchitiden, Pseudoleukämien, Eklampsien, Laryngospasmen, Tetanien die der chirurgischen Abteilung überwiesenen Skoliosen u. a. der rachitischen Kinder, bei welche gleichfalls die Phosphorthherapie eingeleitet worden ist. Sicher sind in der Anstalt mehr als hunderttausend Kinder mit Phosphor behandelt, ohne dass je irgend Etwas beobachtet wäre, welches auch nur im Entferntesten eine Warnung vor der Behandlungsmethode verständlich, geschweige denn berechtigt erscheinen liesse.

Boltenstern-Bremen.

Ueber die Art der Verabreichung des Orthoform. Von Bardet und Blondel. (Société de Thérapeutique nach einem Referate in der klinisch-therapeutischen Wochenschrift No. 15, 1900).

Bardet hat bei zwei Ammen mit Fissuren der Brustwarze Orthoform in Pulverform angewendet mit sehr raschem Erfolge. Bei einer dritten Amme, welche eine ausserordentliche Empfindlichkeit der Brustwarze ohne wahrnehmbare Fissur zeigte, blieb die dreitägige Anwendung von Orthoformpulver ohne Erfolg und erst auf Applikation des Mittels in folgender Form trat bald Anaesthesia ein.

Rp. Orthorm 5·0

Aeth. sulf. q. s. ut solv.

Ol. amygd. dulz. 70·0

Nach Einpinselung dieser Lösung auf die Brustwarze stellte sich ein lebhaftes Brennen ein, das 1—2 Minuten anhielt, aber nach der Verdunstung des Aethers lagerte sich das Orthoform in allen Falten ab und brachte den Schmerz zum Schwinden. Uebt man die Vorsichtsmassregel, vor dem Stillen die Brustwarze mit 20% Alkohol abzuwaschen, um jede Spur des Orthorms zu entfernen, so treten beim Säugling keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen auf.

Blondel hat das Orthoform in mehr als 150 Fällen von Schleimhautfissuren angewendet. Nach seinen Erfahrungen spielt der modus procedendi bei der Anwendung dieses Mittels eine grosse Rolle. Da das Pulver nicht mit allen Falten und versteckten Stellen der Fissuren in direkten Contact kommt, muss man es in 40° Alkohol bis zur

Saturation lösen. Man giesst von dieser Lösung 2-3 Tropfen auf die Fissur, lässt den Alkohol verdunsten und gestattet das Stillen erst nach $\frac{1}{2}$ —1 Stunde. Nach dem Säugen wird die Brust gewaschen, getrocknet, in der beschriebenen Weise mit Orthoform behandelt und mit Borwasser verbunden. Nie zeigten die Säuglinge welche Intoxicationserscheinungen, Diarrhöen oder anderen Nachteilen. —

Dr. Goldbaum-Wien.

Haematogenum siccum Schneider (Sicco). Von Goldmann (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 11 1900.)

Es ist bereits vielfach anerkannt, dass bei Behandlung anämischer Zustände diätetische Präparate einen grossen Werth haben. Unter diesen diätetischen Mitteln spielt in neuerer Zeit das „Haematogenum siccum Schneider“ oder kurzweg „Sicco“ genannt, eine grosse Rolle. Als man in neuerer Zeit die diätetische Behandlung bei Stoffwechselerkrankungen anwendete, hat G. bei Tuberculose, Scrofulose und Rhachitis Versuche mit Sicco mit ausserordentlichem Erfolge gemacht. Die Provenienz und die Herstellungsweise derselben und der hohe Gehalt an Nährsubstanzen und da dasselbe erwiesenermassen bis 98% resorbirt wird, machen es bei Behandlung der Tuberculose zu einem sehr werthvollen Mittel. Dasselbe wird als Zusatz zu andern Nahrungsmitteln z. B. in Thee, Cacao, Chocolate und Wein genommen. Es kann auch in Verbindung mit Creosot, Guajacetin, Thiocol, Sirolin bei Tuberculose verordnet werden und in Verbindung mit diesen Mitteln ist es von grossem therapeutischen Vorteil. Die Kranken erholen sich unter dieser Medication sichtlich rascher, nehmen an Körperkraft und Gewicht auffallend zu und werden viel rascher einer Besserung, eventuell auch einer vollständigen Heilung zugeführt. Selbst bei einigen Kranken, welche nach wiederholter schwerer Haemoptoe überaus arg herabgekommen waren, beobachtete G. bei dieser Medication eine bedeutende Besserung des Ernährungszustandes und Zunahme an Körperkraft. In vier Fällen von nachgewiesener Tuberculose wirkten „Haematogenum siccum Schneider“ 0.30 und „Guajacetin“ 0.25 in Gelatine kapseln 4 mal täglich je eine Kapsel genommen, so vortrefflich, dass nach 3—5 Monaten die Patienten sich äusserst wohl befanden, der Husten verschwunden war, das Aussehen ein vortreffliches wurde, das Körpergewicht um 2 $\frac{1}{2}$ —4 kg zunahm und das Sputum, in welchem früher Tubercelbacillen gefunden wurden, jetzt bei wiederholter Untersuchung keine Bacillen mehr zeigte. Auch bei scrophulösen Affectionen verschiedenster Localisation erzielte Verf. bei monatelang anhaltendem Gebrauche dieses Präparates bedeutende Besserung und auch mitunter vollständige Heilung. Er wandte das Mittel bei 12 an Scrofulose leidenden Kindern an und schon nach kurzer Zeit gingen die Drüsentumoren allmählich zurück, verkleinerten sich von Woche zu Woche, und in einem sehr hartnäckigen Falle, bei einem 5jährigen Knaben mit beiderseitigen, grossen Schwellungen der Halsdrüsen, hartnäckiger Coryza und Conjunctivitis, sowie eitriger Otorrhoe trat nach beiläufig 10 Monaten vollständige Heilung ein und von sämtlichen Begleiterscheinungen der Scrofulose recidivierte

bisher keine einzige. Bei anämischen Kindern, auch bei katarrhalischen Complicationen wirkt „Siccó“ in Verbindung mit andern Mitteln besonders günstig. Auch bei rhachitischen Kindern gelang es G. durch den Gebrauch von „Haematogenum siccum Schneider“ dem Fortschreiten des Processes Einhalt zu gebieten und auch, wenn nicht schon bedeutende Difformitäten eingetreten waren, der Heilung zuzuführen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Gesundheitspflege.

Schulärztliches. -- Ein Ausschuss der Berliner Stadtverordnetenversammlung hat die Annahme von 24 Schulärzten für Gemeindeschulen vom 1. April 1900 für vorläufig 2 Jahre empfohlen. Einem Arzte dürfen nicht mehr als 4 Schulen übertragen werden; derselbe hat in der Nähe derselben zu wohnen. Die Obliegenheiten des Arztes sind: ärztliche Prüfung der zum Eintritt gemeldeten Kinder, Prüfung der zur Beteiligung an Nebenfächern Bestimmten auf körperliche und geistige Mängel, namentlich auch der Sinnesorgane, Untersuchung angeblich am Schulbesuch verhinderter Kinder auf Antrag seitens der Schule, Abgabe von Berichten und Gutachten über ansteckende Krankheiten, Mängel und nachtheilige Einrichtungen der Schulgebäude und dgl. mehr, überhaupt regelmässige Ueberwachung der letzteren. Wiederkehrende Beratungen der Schulärzte finden statt. --

In No. 1 1900, der „Aerztlichen Sachverständigenzeitung“ bespricht Geheimrat Prof. Kirchner die erforderliche Vorbildung der Schulärzte. Er verlangt einen ganz besonderen Nachweis schulhygienischer Erfahrungen und Kenntnisse, eine mindestens 5 jährige bisherige ärztliche Thätigkeit, endlich ein grosses Taktgefühl. Sonst enthält der Aufsatz nichts Nennenswerthes. Die mehrfach vorgeschlagenen Vorträge der Aerzte in Lehrerversammlungen erscheinen dem Verfasser nicht empfehlenswerth. Betreffs der Aufgaben des Schularztes lehnt er sich an die Wiesbadener Ordnung an. --

Im „ärztlichen Vereinsblatt“ 1900, S. 16 ff. tritt Dr. Pause lebhaft für die Notwendigkeit von Schulärzten ein. -- Im gleichen Blatte S. 62 beleuchtet Dr. Reissig die Frage von einem andern Gesichtspunkte: Schulärzte und Kurpfuscherei. Bekanntlich sind gerade viele Lehrer Anhänger und eifrigste Verfechter des Naturheilverfahrens; die Einschränkung, die ihrem Wirkungskreise in diesem Sinne droht, spiegelt sich bereits in mannigfachen Aussprachen wieder. Eine Reihe von Proben medizinischer Anschauungen in diesen Kreisen giebt R. zum Besten. Das Ziel eben dieses Widerstandes giebt sich in einem Satze eines Schulmannes kund. „Wir vom Stabe der Naturheilbewegung müssen diese Reform erst recht tief beklagen. An ein Vordringen der nichtmedizinischen Richtung ist in Schulkreisen nicht mehr zu denken.“ Mehr brauchen wir nicht zu wissen, um noch energischer als zuvor für die Schulärzte in die Schranken zu treten, bemerkt R. --

Auch hier in München hat sich's wieder geregelt und die Frage, die im Allgemeinen nunmehr alle ärztliche und amtliche

Förderung gefunden hat und einer endlichen Verwirklichung entgegengehen dürfte, ist von Laien unzeitig in die Tagespresse gezerzt worden. Dass sich auch ein an den Verhandlungen beteiligter, einer ablehnenden Minorität angehöriger Arzt auf dieses Feld begeben hat, ist bedauerlich. —

Spiegelberg-München.

Rezensionen.

Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten für Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. N. Ortner. 2. Aufl. Wien und Leipzig, Wilh. Braumüller, 1900. Preis 22 Mk.

In kaum Jahresfrist seit der Vollendung der 1. Aufl. des O.'schen Werkes — die bereits früher in dieser Zeitschrift eine äusserst günstige Besprechung durch Schmey erfahren hat — ist eine 2. Auflage nötig geworden, ein Beweis, eine welch' günstige Aufnahme das Buch in ärztlichen Kreisen gefunden hat. Das O.'sche Werk war ein Bedürfnis für den praktischen Arzt, indem es den Mittelweg zwischen der grossen therapeutischen Encyclopädie und dem therapeutischen Compendium einschlug, alle therapeutischen Massnahmen am Krankenbett mit Rücksicht auf die Art der Ausführung schildert und das Wie und Warum derselben in Kürze, aber in hinreichender Klarheit auseinanderlegt. In der vorliegenden 2. Aufl. ist viel Neues eingefügt worden, ganze einzelne Kapitel sind hinzugekommen, so die Therapie der Herzneurosen, der Enteritis munbanaca, des Keuchhustens, — welch' letzteres Kapitel sowie die Therapie der übrigen akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters Prof. Frühwald sehr gut bearbeitet hat. — So möge denn auch die 2. Auflage des vorzüglichen Werkes auf's Angelegentlichste den Kollegen anempfohlen werden!
S.

Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe. Von Priv.-Doc. Dr. O. Schäffer. 5. Auflage. München, J. J. Lehmann, 1900. Preis 8 Mark.

Der Sch.'sche Atlas bildet den 1. Bd. der rühmlichst bekannten Lehmann'schen Handatlanten, und zwar ist die vorliegende Auflage des Buches die fünfte desselben, eine Thatsache, die mehr als alle Worte zur Empfehlung desselben beitragen dürften. Die ganze normale und operative Geburtshilfe ist hier textlich in so conciser und klarer, fasslicher Weise abgefasst, dass es eine Freude ist, dieselbe durchzustudieren. Die schönen Illustrationen, die teilweise vielfarbig ausgeführt sind, sind grösstenteils von wunderbarer Naturtreue, insbesondere ist dies bei der illustrativen Darstellung der operativen Geburtshilfe der Fall.
S.

Die Entwicklung und Geburt des Menschen. Von Dr. Rich. Flamm. Mit 280 Illustrationen und 2 Tafeln. Leipzig, Leo Wörl, 1900. Preis 6 Mark.

Das vorliegende in zweiter Auflage erscheinende Werk ist zu-

nächst für gebildete Laien geschrieben und giebt denselben in klarer und erschöpfender Weise eine taktvolle und belehrende Darstellung über einen Wissensstoff, von dem man es streitig lassen kann, ob sich eine so eingehende Darstellung für den Laien eignet. Zum mindesten ist dies in der Geburtshilfe zweifelhaft. Will man die Frage bejahen, so muss man zugeben, dass der Verf. es meisterhaft verstanden hat, den gebildeten Laien in ebenso klarer als fesselnder Weise über die Vorzüge der Entwicklungsgeschichte und Geburt des Menschen zu unterrichten.

Für Aerzte bildet das Buch ein gutes entwicklungsgeschichtliches und geburtshilfliches Repetitorium, für Hebammen ein praktisches Nachschlagewerk. Die beigegebenen Illustrationen sind sehr anschaulich und gut ausgeführt. S.

Vorlesungen über Sprachstörungen. Von Dr. Alb. Liebmann. 4. Heft: Poltern (Paraphrasia praeceps). Berlin, Oscar Coblentz. 1900. Preis 1 Mk. 20 Pf.

Die vorangegangenen 3 Hefte der L'schen „Vorlesungen über Sprachstörungen“ — welche Stottern und Stammeln, sowie die Hörstummheit behandeln — sind früher bereits besprochen worden. Auch das vorliegende Heft giebt eine vorzügliche Schilderung einer für den Kinderarzt äusserst wichtigen Sprachstörung, des Polterns. In 9 Kapiteln erörtert der Verf. das Krankheitsbild nach allen Seiten und dürfte es namentlich an der Hand des letzten Kapitels dem Arzt ermöglicht werden, vorkommenden Falles die Behandlung des Polterns mit Erfolg selbst zu übernehmen. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

A propos d'un cas de grippe infantile rapidement mortel. Von M. Carrière.

Bei einem dreijährigen Kinde, welches seit zwei Tagen an Influenza erkrankt war, stellten sich zuerst leichte Konvulsionen der rechten oberen Extremität, später allgemeine Konvulsionen ein. Diese wiederholten sich schnell und oft, in ihnen starb das Kind noch am gleichen Tage. Der Urin enthielt 3 ‰ Eiweiss. Diagnose: Influenza mit schwerer Komplikation seitens der Nieren. Die Konvulsionen deutet Verf. als urämische. Das Kind stammte von einer Mutter, welche bei jeder Entbindung eklampthische Anfälle hatte und in einen solchen gelegentlich einer Frühgeburt starb. Das Kind selbst hat beim Zahndurchbruch gleichfalls an Krämpfen und als Zeichen renaler Insuffizienz an häufiger Migräne gelitten. Die Influenza-Infektion hat demnach bei dem schwachen, disponierten Kinde die schweren, tödlichen Erscheinungen ausgelöst.

(Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 99.) v. Boltens Stern (Bremen).

Zur Behandlung der Rhinitis neonatorum mit Euphen.
Von Converse.

Die Nase wird zuerst mit Salzwasser oder schwacher Lösung

von Wasserstoffsperoxyd ausgespritzt und dann Europhen mit Zucker vermischt eingeblasen. Dieses Verfahren wird zwei bis drei Mal wöchentlich wiederholt und selbst bei veralteten Fällen tritt baldige Heilung ein. Bei Otitis mit eitrigem Ausfluss empfiehlt Verf. zuerst Ausspülungen mit Sublimat 1:300 und dann Einblasungen mit Europhen. (New Albany Medical Herald 1899, Mai).

Drews - Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Frauenmilch. — Von Ettore Somma.

Von sieben stillenden Müttern wurden sechs mit Hg-Einreibungen, (durch acht bis dreissig Tage), eine mit subkutanen Sublimatinfektionen behandelt. Die Milch wurde fortgesetzt nach folgendem sehr genauem und allen andern überlegenem Verfahren auf Quecksilber geprüft: Zur Milch wird der zehnte Teil halbverdünnter Salzsäure gefügt, auf dem Wasserbade erhitzt und wiederholt 0.25—0.5 g Kalii chlorati zugesetzt, bis die Mischung eine durchscheinend gelbe Farbe bekommt. Das Ganze bleibt unter gelegentlichem Umschütteln zwei Tage stehen, wird dann filtriert und gewaschen, bis das Filtrat, sauer reagierend, chlorfrei durchläuft. Alsdann wird ein Schwefelwasserstoffstrom durchgeleitet, wobei sich aus Hg schwarzes Quecksilbersulfat bildet, das abfiltriert und trocken gewogen wird. Sulfat-Gewicht $\times 0.8621 =$ reines Hg.

Das Resultat war in allen Fällen gänzlich negativ.

(La ped. etc. 99.) Spiegelberg-München.

Zur Lymphknotentuberkulose. Von v. Noorden.

Scrophulose und Tuberkulose sind nach Verf. durchaus zu trennen. Prophylaktisch hat der Arzt sein Hauptaugenmerk zu richten auf den Uebergang der Tuberkulose auf scrophulöses Gewebe. Da die Anamnese für die Diagnose oft nichts Verwertbares bringt, ebenso die klinischen Zeichen häufig im Stiche lassen, so soll und darf man nach Verf. neben der Probeexcision das Tuberkulin zur Stellung der Frühdiagnose benutzen. Die Therapie sei in allen Fällen, die nicht ihren mutmasslichen Weg durch die Lungenwurzeln und die dortigen Lymphknoten nehmen, eine operative.

(Münch. med. Wochenschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

Schwere Opiumvergiftung eines atrophischen Kindes von zehn Wochen. Zehnständige Faradisation des Phrenicus. Heilung. Von A. Model.

Eine durch Unverstand des Wartepersonals gegebene sehr grosse Dosis Opium brachte das schon vorher durch Durchfälle geschwächte Kind in einen Zustand scheinbarer Leblosgkeit. Haut sehr kühl, Atmung und Herzschlag fehlen, ebenso Reflexe. Die Faradisation des Phrenicus brachte eine schwache Atembewegung hervor. Durch rhythmische Faradisation beider Phrenici wurde allmählich

wieder eine spontane Atmung erreicht. Nach zehn Stunden war das Kind ausser Gefahr.

(Münch. med. Wochenschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

Dürfen und sollen die Leistenbrüche kleiner Kinder operiert werden? Von Felix Franke. (Therap. Monatsh. 1900, Februar).

Die Leistenbrüche kleiner Kinder dürfen stets operiert werden, falls nicht wegen zu grosser Schwäche überhaupt jeder operative Eingriff zu unterbleiben hat. Sie sollen operiert werden, wenn trotz mehrmonatlichen Tragens eines passend angelegten, gut sitzenden Bruchbandes keine Verkleinerung oder sogar eine Vergrösserung eingetreten ist, wenn das betr. Kind sehr viel schreit oder hustet und dadurch der Bruch immer stärker hervorgetrieben wird, und wenn gewisse Störungen, z. B. Darmkatarrhe, Aussicht haben, nach Ausführung der Operation sich zu bessern.

v. Boltenstern (Bremen).

Tannopin in der Kinderheilkunde. Von C. Tittel.

Das Tannopin wird im Organismus in seine beiden Componenten, Tannin und Brotropin, gespalten und übt daher im Darm eine adstringierende und eine antibakterielle Wirkung aus. Seine allgemeinen Eigenschaften stellen es nicht in letzte Reihe unter den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Darmadstringentien. Es beschränkt rasch die flüssigen Entleerungen bei akuten Darmaffektionen; bei chronischen muss es auch nach Sistierung der Diarrhoe noch fortgegeben werden. Inwiefern jedesmal die Diätetik zur Therapie herangezogen werden soll oder nicht, muss dem speziellen Ermessen überlassen bleiben. Die Dosis beträgt je nach dem Alter ein bis mehrere Decigramme, bei grösseren Kindern 0,3—0,5, die Tagesdosis bis zu 2 g in Pulverform oder Schüttelmixtur.

(Ther Mon. 1900.) v. Boltenstern (Bremen).

Protargol als prophylaktisches Mittel gegen *Blennorrhoea neonatorum*. Von Piotrowski.

Piotrowski hat 170 Fälle von *Blennorrhoea neonatorum* mit Protargol behandelt und zwar hatte er einige Tropfen einer 10 Proz. Lösung in den Bindehautsack infiziert. Die Resultate, die er erzielte, waren folgende:

- 1) Das Protargol hat keine reizende Wirkung.
- 2) Seine Einträufelung ist nicht schmerzhaft.
- 3) Es bildet keinen Schorf.
- 4) Es verändert sich nicht bei längerem Aufbewahren.
- 5) Es tritt schon am zweiten Tage Besserung ein und
- 6) Die Sekretion ist mässig. —

(Przegl. lekarski 99.) Dr. Goldbaum (Wien).

Die Abscheidung von Bakterien aus der Milch durch natürlichen Vorgang. Von R. J. Freeman.

Lässt man Milch ruhig stehen und untersucht Rahmschicht und Magermilch getrennt auf ihren Bakteriengehalt, so findet man den der erstern durchschnittlich 300 mal grösser als den letzteren. Der Rahm vermag durch seine Fettkügelchen bis zu 99 Prozent aller Bakterien mitzureissen; das bei den meisten Untersuchungen geübte Umschütteln lässt diesen Umstand zumeist übersehen. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, durch Abheben des Rahmes und seine Hitze-sterilisation, die diesen ja nicht weiter verändert, dann durch Wiederhinzufügen zur rohen Magermilch eine bakterienarme chemisch ungeschädigte Milch zu erzielen. Durch Centrifugieren ist dasselbe nicht zu erreichen.

Wie aber schützt F. die Magermilch inzwischen vor Bakterienwucherung und vor der Gefahr durch auch nur wenige pathogene Keime?

(Arch. of Ped. 99.) Spiegelberg-München.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.

Epicarin.*) 10,0
Ungt. simpl. 100,0
Mf ungt DS erweichende Salbe
Scabies, Eczema squamosum.

Rp.

Epicarin. 10,0
Ol. jecor. asell. 5,0
Vaselin. flav. 95,0
Mf ungt DS äusserlich
Prurigo eczematos.

Rp.

Epicarin. 10,0
Aeth. sulf.
Spir. Vin. rectific. aa 40,0
Glycerin. 5,0
MDS zum Betupfen.
Gegen Jucken.

Rp.

Epicarin.
Talc. Venet.
Amyl. aa. 15,0
Vaselin. flav. 45,0
Mf past.
Eczem., Scabies.

Rp.

Epicarin. 10,0
Ol. Vaselin. 100,0
DS Oel, mit noch beliebigen Zusätzen, z. B.: Styr. liquid.,
Petrol. venal.
Eczem., Pedicul. capit.

Rp.

Epicarin. 15,0
Flor. sulfur. 5,0
Ungt. oxydat.
Zinc. Wilson. 100,0
MDS äusserlich.
Eczem. squamos.
(Kaposi).

*) Ein Kondensationsprodukt von Kresotinsäure und β - Naphthol,

Kleine Mitteilungen.

Die von Paul Heuberger in Merligen (Schweiz) fabrizierten Kephir-Pastillen, die aus eigenen Kulturen des kaukasischen Pilzes hergestellt sind, liefern bei einfacher, sicherer und billiger Zubereitungsweise einen gutschmeckenden Kephir, der den an denselben zu stellenden hygienischen Anforderungen vollkommen entspricht. K. wird bei Kindern mit Vorteil verwandt bei Blutarmut, Skrophulose, Tuberkulose, chronischen Darmkatarrhen, insbesondere solchen, die mit Obstipation verlaufen, bei Entkräftungszuständen etc.

Eine von J. P. Liebe in Dresden hergestellte neue Nahrung für magendarmkranke Kinder ist Liebe's Neutralnahrung. Dieselbe basiert auf den bekannten Versuchen Keller's, die er mit „Malzsuppe“ bei Ernährung magendarmkranker Kinder an der Universitäts-Kinder-Klinik in Breslau angestellt hat. Dieselbe stellt eine Abänderung der bekannten Liebig'schen Suppe dar (durch Kal. carb. neutralisierte Malz-Weizen-Nahrung), unterscheidet sich von derselben aber namentlich dadurch, dass sie mehr Maltose enthält, was K. damit begründet, dass dieselbe eine Zuckerart darstellt, die vom Magen des Kindes leicht assimiliert wird und ausserdem am vollkommensten von allen Zuckerarten den Zerfall des Eiweissmoleküls bei der Verdauung verhindert. Die Bereitungsweise der Malzsuppe im Haushalt ist aber unständlich und lässt überdies eine gleichmässige, vollständige Verquillung der Stärke nicht erzielen. Das war für die Firma massgebend, um die obige Nahrung fabrikmässig darzustellen. Sie bildet ein haltbares Vacuum-Trocken-Extrakt, das durch Zusatz von Milch und Wasser trinkfertig wird. Die Analyse der L.'schen Nahrung ergibt: Fett 0,49, Stickstoff 8,85, Mineralstoffe 2,26, Kohlehydrate (aus der Differenz) 86,02, Wasser 2,38 $\frac{0}{100}$. Bereitungsweise: 62,5 gr = 4 gehäufte Esslfl. des Extraktes, in $\frac{1}{6}$ Ltr. Milch und $\frac{1}{4}$ Ltr. Wasser eingerührt, einmal aufgekocht und die Lösung durch ein Siebchen gegossen.

Unter der Redaktion von C. Gerhardt, B. Fränkel und E. von Leyden erscheint im Verlage von J. A. Barth in Leipzig -- vorerst in zwanglosen Heften -- die Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen. Sie soll den litterarischen Sammelpunkt für alle wissenschaftliche Arbeiten und Bestrebungen abgeben, die sich mit der Bekämpfung der Tuberkulose befassen. Der reiche hochinteressante Inhalt des ersten Heftes, sowie die Namen der Herausgeber bürgen dafür, dass alle, die an der Tuberkulose als Volkskrankheit interessiert sind, insbesondere aber die Aerzte, in der Zeitschrift eine bedeutsame und wichtige litterarische Erscheinung erblicken dürfen. Der Preis eines 6 Hefte umfassenden Bandes beträgt 20 Mark.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

Juni 1900.

Heft 6.

Inhalt: Originalien: **Tripke**, Oster'sches Kinder-Milchpulver, ein neues Kindernahrungsmittel, 121. — **Sonnenberger**, Originalbericht über den XVIII. Kongress für innere Medizin zu Wiesbaden: v. **Korányi** u. **Pel**, Pneumoniebehandlung — **Litten**, Endocarditis — **Neusser**, Maltafieber — **Wenckebach**, Herzrhythmie — **Hoffmann**, Paroxysmale Tachycardie — **Vierordt**, Cyanose — **Schott**, Influenza und chronische Herzkrankheiten, 125. — Bericht über den 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, 131. — Referate: **Jusset**, Typhus, 135. — **Berberich**, Erythema acutum, 136. — **Cramer**, Nahrungsaufnahme bei Neugeborenen, 137. — **Goldmann**, Erkrankung der Luftwege, 138. — **Still**, Pavor diurnus, 139. — **Hermann**, Resaldol, 139. — Gesundheitspflege: **Zülch**, Die Nothwendigkeit einer besseren Fusspflege und Fussbekleidung, 140. — Rezensionen: **Beier**, Die Untersuchung des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten, 141. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 141. — Rezeptformeln für die Kinder-Praxis, 143. — Kleine Mitteilungen, 144.

Oster'sches Kinder-Milchpulver, ein neues Kindernahrungsmittel.

Von Dr. Arthur Tripke, Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Coblenz.

Von jeher war ich bei der künstlichen Säuglingsernährung ein grosser Feind aller jener Surrogate in der Kindernahrung, die sich in Form von Mehl präsentierten, mochten sie heissen, wie sie wollten, und mochten die angeblich damit erzielten Resultate noch so verlockend klingen; dagegen habe ich Milchpräparate, sei es Milch-Conserve, Fettmilch und dergl. stets gern verordnet, aber auch nur dann, wenn ich mit der gewöhnlichen Marktmilch nicht auskam; meines Dafürhaltens ist die Milch, wie sie von der Kuh kommt, im Hause selbst in der nötigen Verdünnung zubereitet und sterilisiert, die beste und zweckmässigste Kindernahrung: einmal weiss dabei die Mutter ganz genau, was sie ihrem Kinde giebt — das ist bei Conserve und fertig sterilisierter Milch nicht immer der Fall, denn Conserven verderben öfters und ich habe einmal in sog. sterilisierter Milch einen Fliegenleichnam gefunden — dann aber bietet sie auch

den Vorteil, dass die Kinder, deren Hauptnahrung ja bis zum zweiten und dritten Jahre Kuhmilch sein soll, auch über das Säuglingsalter hinaus die unverdünnte und abgekochte Kuhmilch gern und mit grossem Appetit trinken, während ich bei Kindern, die mit Surrogaten aufgezogen worden sind, öfters die gegenteilige Erfahrung zum grossen Leidwesen der Eltern und der Ratlosigkeit des darüber befragten Arztes machen konnte. Ein Kind, das nach dem ersten Jahre am Tage nicht wenigstens anderthalb Liter Milch trinkt, wird in seiner Entwicklung immer zurückbleiben. Denn mit Fleischbrühe, Zwieback, Süppchen u. dergl. ist es auf die Dauer ohne wesentliche Milch-nahrung nicht rationell zu ernähren.

Ende vorigen Jahres nun wurde mir eine Probe des Oster'schen Kinder-Milchpulvers zu Versuchen angeboten. Ich liess sie wochenlang unbeachtet, obgleich mir sowohl von Laien, als auch von meinen Kollegen eine ganze Reihe von Fällen mitgeteilt wurden, in denen damit entweder bei gänzlicher Unmöglichkeit von Milchernahrung oder bei hierbei nicht genügender Zunahme eclatante Erfolge erzielt worden waren.

Anfang Januar d. J. bekam ich dann ein zwei Monate altes Kind in Behandlung, das die Kuhmilchnahrung durchaus nicht mehr vertrug und dabei schon stark heruntergekommen war; es trank fast keine Flasche aus und litt fortwährend an Diarrhoe und Erbrechen; Nestle's Kindermehl, ja selbst Biedert'sches Rahmgemenge, das ich in solchen Fällen sonst stets in Verdünnung von 1:10 Wasser mit gutem Erfolge wieder als Uebergangsnahrung zur Kuhmilch reichen liess, brachten keine Besserung. Da entschloss ich mich, es einmal mit Oster'schem Kinder-Milchpulver zu versuchen und liess nach Vorschrift ein Löffel von dem Pulver mit 10 Löffel Wasser zu einem der Milch ähnlichen Getränk zubereiten. Ich war von dem Erfolg selbst überrascht; einmal wurde die Nahrung von der ersten Flasche an sehr gerne genommen und immer leer getrunken. Vor allem sistirte das Erbrechen und Diarrhoe. Das Kind erholte sich zusehends schon in den ersten Tagen. Leider war mir eine genaue Controle der Gewichtszunahme nicht möglich, da ich mit der Mutter in Differenzen geriet und die weitere Behandlung des Kindes ablehnte; wie ich aber von anderer Seite erfahren habe, geht es dem Kinde bei der neuen Nahrung vorzüglich.

Durch diesen Fall ermutigt, habe ich dann auch weitere Versuche angestellt, die mir alle ein recht befriedigendes Resultat lieferten und von denen ich einige mitteilen will.

M. Z., geb. am 14. August 1899, am 12. 2. 1900 eine Pneumonie überstanden, starke Rachitis; Fontanelle weit offen. Am 15. 3. kam es wieder in meine Behandlung mit Furunculosis der Gesichtsgegend (vom 17. bis 25. 3. Eröffnung von ungefähr 10 grossen Furunkeln). Dabei bestand hohes Fieber, starke Anämie, Diarrhoe und sehr schlechte Nahrungsaufnahme. Vom 19. 3. erhielt es bei dem Anfangsgewicht von 7,550 gr. Oster'sches Kinder-Milchpulver; es wird neben der Flasche tgl. 4—5 mal als Brei gereicht. Während die Flasche nur sehr ungern genommen und meist nicht ausgetrunken wird, nimmt das Kind den Brei fast gierig und mit grossem Appetit; die Diarrhoe

hat schon in den ersten Tagen aufgehört. Am 26. 3. Abheilung der Furunculosis; Gewicht am 26. 3. 7,650; es war also trotz durch die Eiterung hervorgerufenen Säfteverlustes und trotz des Fiebers nach einer Woche noch eine Gewichtszunahme von 100 gr. zu konstatieren. Oster'sches Kinder-Milchpulver wird wiedergereicht; Gewicht am 2. 4. 7,850 (Zunahme in einer Woche 200 gr.). Gewicht am 1. 3. 8,000. Dabei hat das Kind angefangen stehen und gehen zu lernen, es ist ein deutliches Festerwerden der Schädelknochen an der grossen Fontanelle bemerkbar.

A. K., geb. 2. Mai 1899. Starke Rachitis. Im Laufe des 18. und 19. 3. 1900 7 Convulsionen gehabt, erhält vom 20. 3. bei einem Anfangsgewicht von 7,100 ausschliesslich Oster'sches Kinder-Milchpulver; es wird in Verdünnung von 1:10 als Milch gereicht. Gewicht am 27. 3. 7,250; die Nahrung wird sehr gerne getrunken; am 1. 4. treten wieder Convulsionen auf; Gewicht am 3. 4. 7,270; Gewicht am 10. 4. 7,400. Von nun an sind keine Convulsionen mehr aufgetreten.

W. C., geb. 9. 3. 1900; bis jetzt ausschliesslich Brustnahrung; in den letzten Tagen Diarrhoe (gelber, starkschleimiger Stuhlgang), grosse Unruhe, besonders während der Nacht; da die Brustnahrung anscheinend nicht mehr vertragen wird und die Mutter mit dem Absetzen einverstanden ist, wird am 27. 3. Oster'sches Kinder-Milchpulver in Verdünnung von 1:10 Löffel Wasser gegeben bei einem Anfangsgewicht von 3,300. Die Nahrung wird sehr gerne genommen; die Diarrhoe hört sofort auf, das Kind ist ruhig und verlangt nur einmal in der Nacht zu trinken. Gewicht am 3. 4. 3,610 (also eine Zunahme von 310 gr. in einer Woche). Gewicht am 10. 4. 3,850. Vom 12. bis 16. leichter Bronchialkatarrh; Gewicht am 17. 4. 3,900; Gewicht am 24. 4. 4,010; Gewicht am 1. 5. 4,210; es war hier also innerhalb 5 Wochen trotz einer leichten Erkrankung eine Gewichtszunahme von beinahe 1 kg zu konstatieren; die Nahrung ist dauernd sehr gerne genommen worden.

A. W., geb. 3. 11. 1899. Anfangs Brustnahrung; als diese ausgesetzt werden musste, Ernährung mit verdünnter Kuhmilch; darauf bald Erbrechen und Diarrhoe; dann wurde Nestle's Kindermehl, Zwiebacksüppchen, auch wieder Kuhmilch mit allen möglichen Zusätzen als Verdünnung gereicht, ohne irgend welchen Erfolg; Erbrechen und dergleichen bestanden fort; Nahrungsaufnahme schlecht; das Kind magerte sichtlich ab. Am 24. 3. kam es in meine Behandlung; sehr anämisches, mageres Kind Gewicht 5,450; starke Diarrhoe von sehr flüssigen, überaus übelriechenden, stark schleimigen Stühlen; Darreichung von Oster'schem Kinder-Milchpulver in Verdünnung von 1:10; die Nahrung wird äusserst gern getrunken, so dass die Eltern immer die bis jetzt nie gekannte Freude haben, das Kind verlangend seine Aermchen nach der Flasche ausstrecken zu sehen; kein Erbrechen mehr; die Diarrhoe hat nicht nur nicht sofort sistiert, sondern hat sogar einer leichten Stuhlverstopfung Platz gemacht, sodass die Mutter mit Seifenzäpfchen nachhelfen muss. Am 1. 4. keine Gewichtszunahme. Die Stuhlverstopfung hebt sich; das Kind hat von selbst einmal am Tage gelben, breiigen Stuhlgang.

Gewicht am 8. 4. 5.810 (also eine Zunahme von 360 gr. in der Woche). Dass in der ersten Woche keine Gewichtszunahme stattfand, beruht wohl auf der erst notwendigen Ausheilung des Magen- und Darmkatarrhs. Jedenfalls ist trotz der kurzen Zeit zur Freude der Mutter aus ihrem früher besonders in der Nacht stets schreienden und wimmernden Kinde ein gesundes geworden, das am Tage über munter ist und ihr die Nachtruhe nicht mehr raubte.

Das Oster'sche Kinder-Milchpulver ist ein Mehl von schwach-bräunlicher Farbe und äusserst feiner Verteilung, so wie ich sie bei keinem anderen Kindermehl gesehen habe; es ist von sehr angenehmem Geschmack und ruft, trocken in den Mund genommen, beim Herunterschlucken das bei den anderen Mehlen mehr oder weniger vorhandene unangenehme Festkleben zwischen den Zähnen und am Gaumen nicht hervor.

Die von dem staatlich geprüften Nahrungsmittel-Chemiker Herrn Dr. Georg Eigel in Godesberg vorgenommene Analyse besagt, dass das Oster'sche Kinder-Milchpulver besonders reich an Stickstoff-Substanzen und löslichen Kohlehydraten ist und darin sämtliche bekannten Kinder-Mehlsorten übertrifft; auch käme das in Rede stehende Kinder-Milchpulver den von König aufgestellten Forderungen für einen vollständigen Ersatz der Muttermilch von den bisher bekannten Kindermehlen am nächsten.

Die im Falle 1 und 2 erwähnte anscheinend günstige Einwirkung des Oster'schen Kinder-Milchpulvers auf Rachitis liegt ausserhalb des Rahmens unserer Besprechung und will ich heute nicht näher erörtern.

Das Oster'sche Kinder-Milchpulver (Fabrikant Herr Theodor Oster in Höhr, Westerwald) ist gegenwärtig noch nicht allgemein im Handel, wird aber schon in den nächsten Wochen auf den Markt gebracht werden.

Durch diesen kurzen Bericht soll nun das Oster'sche Kinder-Milchpulver nicht etwa als die einzig wahre und rationelle künstliche Kindernahrung gepriesen werden, dazu sind meine eigenen Versuche, die ich damit angestellt habe, so befriedigend sie auch waren, immerhin viel zu spärlich; jedenfalls aber verlohnt es sich nach dem Gesagten der Mühe, überall da, wo Kuhmilchnahrung gar nicht oder nur schlecht vertragen wird und dort, wo bei Brustnahrung oder künstlicher Ernährung Diarrhoeen auftreten, mit dem Oster'schen Kinder-Milchpulver einen Versuch zu machen. Freilich müssen wir abwarten, ob es auch in den heissen Sommermonaten bei den acuten Kinderdiarrhoeen die Feuerprobe besteht. Ausgeschlossen wäre es nach den bis jetzt von mir damit gemachten Erfahrungen nicht, dass uns durch das Oster'sche Kinder-Milchpulver endlich ein Mittel an die Hand gegeben wäre, das einmal einen spezifisch günstigen Einfluss auf die mit Recht so gefürchteten Sommerdiarrhoeen bei Säuglingen ausübte und gleichzeitig in Folge seines Nährwertes den schnellen, oft tödlichen Kräfteverfall aufhält.

Da aber nur durch umfangreiche Versuche und Prüfungen ein Mittel, dem man von vornherein einen gewissen Wert nicht absprechen

kann, zu seinem wahren Wert und seiner verdienten Haltung gelangt, so wollte ich nicht verabsäumen, die Herren Collegen darauf aufmerksam zu machen und auch zu Versuchen und Nachprüfung aufzufordern.

Originalbericht über den XVIII. Kongress für innere Medicin zu Wiesbaden

(18.—21. April 1900).

Von Dr. Sonnenberger.

Der 18. Kongress für innere Medicin wurde durch eine kurze Rede des Vorsitzenden Prof. v. Jaksch (Prag) eröffnet, dem eine Reihe von Begrüßungsreden folgten. Nachdem sodann noch Prof. Müller (Basel) in einer kurzen, aber inhaltsreichen Gedächtnisrede der verstorbenen Mitglieder Proff. Immermann (Basel), Seitz (Wiesbaden) und Leichtenstern (Köln) gedacht hatte, folgten die Referate über das Thema: Die Behandlung der Pneumonie. Erster Referent war v. Korányi (Budapest). Derselbe führte Folgendes aus: Weder ätiologisch noch klinisch noch anatomisch erkennt er die namentlich neuerdings von Lubarsch vorgenommene Unterscheidung verschiedener Arten von Pn. an, sodass auch für die Behandlung keine gesonderten Methoden nothwendig, sondern immer nur die gleichen Indikationen massgebend sind. Von den Heilverfahren der neuesten Zeit haben die Versuche einer Serumtherapie bis jetzt keine nennenswerthen specifischen Wirkungen aufzuweisen. Ferner sind aus den Blutuntersuchungen bei der Pn. neuerdings die Bestrebungen hervorgegangen, durch künstliche Leukocytose mittelst Pilocarpin, antipyretischen Substanzen, nucleinhaltigen Präparaten u. dgl. m. den Heilungsvorgang der Natur nachzuahmen; aber auch diese Versuche haben zu keinen wesentlichen Erfolgen geführt. Da nach Untersuchungen des Ref. bei Pn. der Kochsalzgehalt des Blutes vermindert, der Gefrierpunkt desselben erhöht ist, so empfiehlt er Oxygendurchströmung des Bluts (Oxygeninhalationen), da hierdurch der Gehalt der Chloride im Blutserum erhöht werde; auch andere haben über O-Inhalationen bei Pn. Vortheilhaftes berichtet. — Den Aderlass hält K. für indicirt und oft geradezu als lebensrettend bei hochgradiger Hyperämie der Lunge ohne oder mit bereits entwickeltem Oedem, lebhafter Herzbewegung und angestrenzter Thätigkeit der Respirationsmuskeln; der Puls, der vor den Venaesectionen schwächer war, wird nach denselben oft stärker und voller. — Kochsalzinfusionen mit oder ohne Aderlass kommen der Ischämie des linken Herzens zu Gute und können ausserdem die Diuresis und damit die Exkretion toxischer Stoffe befördern. K. erörtert dann die Pneumoniebehandlung mit Digitalis, den verschiedenen Antipyreticis, Alkohol, Opium, Eis. Ueber

alle diese Behandlungsweisen gehen die Ansichten der verschiedenen Autoren weit auseinander. In der von Vortr. geschilderten u. von ihm geübten Behandlung spielt die Anwendung von Bädern eine hervorragende Rolle. v. K. schliesst damit, dass er darauf hinweist, dass die moderne Pneumonietherapie zwar keine spezifische Methode aufzuweisen habe, dass dieselbe aber eine gesunde und viel vermögende sei, indem sie die Bekämpfung bedrohlicher Symptome, durch die manches gefährdete Menschenleben gerettet werden könne, sich angelegen sein lasse. — Correferent Pe'l (Amsterdam): Die Beurteilung des Wertes der einzelnen Behandlungsmethoden wird durch die Differenz der individuellen Verhältnisse erschwert. Die meisten Fälle heilen ohne ärztliche Hilfe, da die Natur compensatorische Kräfte hat, die die Schädlichkeit krankhafter Prozesse im Körper abwehren; durch mannigfache Schutzmittel bringt der erkrankte Organismus seine Entgiftung zu Stande. Nicht in der Lunge, sondern in den Körpersäften entscheidet sich das Schicksal des Pneumonikers. Die Intensität der Antitoxinbildung im Blute ist individuell verschieden. Anomalien der Konstitution und des Stoffwechsels geben für die ungünstig verlaufenden Fälle den Ausschlag, was besonders vom Alkoholismus gilt. Ein Mittel, das den pneumonischen Prozess direkt zu beeinflussen im Stande wäre, besitzen wir nicht. Die Heroica, Tart. stibiati., Chinin, Digitalis, Pilocarpin, leucocytäre Mittel, Aderlass, kalte Bäder, sie alle wirken nur symptomatisch, der Aderlass aber unter Umständen, (schwere Dyspnoe, Cyanose, kleiner Puls), geradezu lebensrettend. Digitalis ist indicirt nur bei Herzkranken oder bei Eintritt eines Herzschwächeanfalles. Man kann bei der Pn. viel erzielen durch sorgfältige Pflege, zweckmässige Ernährung, Linderung der quälenden Beschwerden. Die atypisch verlaufenden Fälle erfordern ein stimulirendes Verfahren, die Herzschwäche die Anwendung von Reizmitteln, der Alkohol spielt hier eine Hauptrolle, wobei man sich aber vor Uebertreibungen, namentlich bei jugendlichen Individuen, zu hüten hat. Als bestes Analepticum gilt der Campher. Durch ihn kann man zuweilen dem Pneumoniker über den in der Krise öftereintretenden Collaps hinweghelfen. Gegen das Fieber, welches man als eine zweckmässige Reaktion des inficierten Organismus, wahrscheinlich sogar als ein Schutzmittel gegen die Toxine betrachten kann und das daher dem Kranken keine Gefahr bringt, ist die Verwendung der Antifebrilia überflüssig. Die Prophylaxe soll dahin streben, jeden mit Möglichkeit in solcher Konstitution zu erhalten, dass im Falle einer akuten Infektionskrankheit alle natürlichen Abwehrmittel in voller ungeschwächter Stärke zur Wirkung gelangen können; dazu ist vor allem die Vermeidung von Excessen und Ueberanstrengungen jeglicher Art in gesunden Tage notwendig. — An diese Referate schloss sich eine ausgiebige Diskussion an: Müller (Wiesbaden) giebt eine Statistik der Pn. aus der preussischen Armee von den letzten 20 Jahren, nach welcher eine Abminderung der Morbidität, aber keine Abminderung der Mortalität, die nach der Tuberkulose immer noch die höchste Ziffer erreicht, stattgefunden hat. Er empfiehlt, dass auch die Krankenkassen, wie die Militärsanitätsverwaltung, jedem Pneumoniker nach überstandener Krankheit 4 Wochen Urlaub gewähren. Jürgensen (Tübingen)

und Nothnagel (Wien) empfehlen angelegentlichst die hydrotherapeutische Behandlung, die insbesondere sich auch gegen die Herzschwäche wirksam erweise. Senator (Berlin) befürwortet besonders den innerlichen Gebrauch warmen Wassers, insbesondere in Form der alkalischen Mineralwässer, zur Erleichterung der Expektoration bei allen bromsitischen Zuständen. Rumpf (Hamburg) hat bei grosser Herzschwäche in Folge von Blutverarmung Kochsalzinfusionen angewendet und unter 12 Fällen 6 Mal Erfolg gehabt. Rosenstein (Leyden) hält eine zeitige Anwendung von Reizmitteln für nothwendig, wenn die Zunahme der Pulsfrequenz und die Erweiterung des Herzens nach rechts die Prognose schlecht erscheinen lassen. Smith (Marbach) spricht sich gegen den Alkoholgebrauch bei Pn. aus, weil er gerade das Herz gefährde. Schultze (Bonn) verwendet Alkohol nur bei Trinkern, sonst lieber Kaffee und Campher, als Analeptica. Er verwendet kein Digitalis. Pässler (Leipzig) warnt vor Anwendung des Chloralhydrats, weil es eine Gefässlähmung herbeiführt und die Wirkung der Pneumococcen noch steigert. Naunyn (Strassburg) empfiehlt das JK als Expektorans gerade auf der Höhe der Erkrankung, ferner das Ergotin als Mittel gegen den Collaps (0,4--0,5 einer 10% Lösung subcutan mehrmals tgl.). Pick (Prag) weist darauf hin, dass das Ergotin im Thierversuch keine gefässverengernde Wirkung hat. Lenhartz (Hamburg) macht darauf aufmerksam, dass die Pneumoniker nicht nur an Lähmung des Herzens und der Gefässnerven, sondern auch an Bacteriämie sterben, so dass der Blutuntersuchung eine sehr wichtige prognostische Bedeutung zukomme. Nach dem 40. Lebensjahre ist die Digitalis das beste Herztonikum, denn es verstärkt in kleinen Dosen die Elasticität des Herzmuskels. Bäumlcr (Freiburg) hat Tod vom Gehirn aus eintreten sehen oder plötzliche Hyperpyrexie bei Pneumonie. Die Hydrotherapie ist keine Antipyrese, sondern übt Einwirkung auf die Gefässnerven aus. — Das zweite Referat wurde von Litten (Berlin) behandelt und bezog sich auf das Thema: Die Endocarditis und ihre Beziehungen zu anderen Krankheiten. L. kommt auf Grund seines sehr interessanten und bedeutsamen Vortrages zu folgenden Schlussätzen: 1) Die E. ist mit Ausnahme der atheromatösen Form niemals eine selbständige Krankheit, sondern stellt eine Komplikation dar. 2) Die E. kommt fast ausschliesslich im Verlaufe einer Infektionskrankheit vor und wird, abgesehen von der atheromatösen Form, durch Mikroparasiten bedingt. 3) Die bisherigen Bezeichnungen E. verrucosa und ulcerosa lassen keine präcisen Schlüsse zu auf Ursprung und Verlauf der Krankheit. 4) Vom klinischen Standpunkte aus und mit Bezug auf die durch die E. bedingte Lebensgefahr ist sie zu scheiden in E. benigna und maligna. 5) Gemäss ihrer sekundären Stellung muss bei der Bezeichnung der E. das ätiologische Moment berücksichtigt werden. Die E. ist daher einzutheilen in: a) E. benigna u. z. rheumatica, peliötica, choreatica, gonorrhöica, scarlatinosa, morbillosa, variolosa, diphtheritica, typhosa, pneumonica, tuberculosa, Influenza, traumatica. b) E. maligna (non-apostematosa) u. z. rheumatica, choreatica, gonorrhöica. 3) E. (maligna) septico-pyämica, apostematosa (primär oder sekundär aus einer der vorgenannten durch Infektion mit Eitererregern hervor-

gehend.) Die *E. benigna* und *maligna gonorrh.* wird hervorgerufen durch denselben Krankheitserreger, den *Gonococcus*. Beide Formen sind daher nur graduell verschieden, je nach der geringeren oder grösseren Virulenz des *Gonoc.* Auch für den akuten Gelenkrheumatismus und die dadurch bedingte *E.* ist ein bestimmter Krankheitserreger anzunehmen, dessen Natur noch nicht sicher bekannt ist. Analog den Verhältnissen bei der *E. gon.* ist anzunehmen, dass auch die benigne und maligne rheumatische *E.* durch ein und denselben Mikroorganismus bedingt wird. 6) Die *E. b.* bewirkt nur geringfügige Veränderungen, die keine klinischen Erscheinungen hervorzurufen brauchen, oder führt zur Bildung chronischer Klappenfehler. Sie betrifft stets das linke Herz und führt, wenn überhaupt, nur zu blassen, anämischen Infarkten im grossen Kreislauf. Finden sich daneben Lungeninfekte, so stammen diese von Venenthromben oder rechtsseitigen Herzgerinnseln. 7) Die maligne *E.* stellt an sich unter allen Umständen eine erhebliche Gefahr für das Leben dar; sie findet sich sowohl im linken, wie im rechten Herzen und kann anatomisch das Bild der verrucösen und ulcerösen Form darbieten. Sie führt meist zu Metastasen, welche je nach dem Charakter der Grundkrankheit nur mechanisch (Rheumatismus, Chorea, Gonorrhoe) oder infektiös (Septico-Pyämie, sekundäre und Mischinfektion) wirken, daher bland oder eitrig sind. Demgemäss muss man sie trennen in eine *E. maligna* mit und ohne Eiterung. 8) Auch durch Traumen kann eine entzündliche Erkrankung der Herzklappen hervorgerufen werden, welche alle Charaktere der *E. benigna* darbietet und zur Heilung oder zur Bildung von Klappenfehlern führt. Auch diese Form kann durch sekundäre Infektion mit Eitercoccen in eine maligne, septico-pyämische übergehen. — In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Diskussion bemerkt v. Jürgensen (Tübingen), dass die häufigste Ursache für *E.* der Gelenkrheumatismus ist und dass dabei die Myocarditis das massgebende ist. Schwere acute Gelenkrheumatismen sieht er selten mehr in Tübingen. hingegen viele nervöse Störungen wie Chorea, sehr gesteigerte Reflexthätigkeit, paradoxe Kontraktionen bei G. Bezüglich der Therapie der *E.* giebt J. an, dass man die an *E.* Erkrankten solange zu Bette liegen lassen soll, bis alle Herzerscheinungen völlig geschwunden sind und insbesondere die Temperatur wieder zur Norm zurückgekehrt ist was mitunter 6--8 Monate dauern könne, man sieht dann sehr selten zurückbleibende Klappenerkrankungen. Lenhartz (Hamburg): Die maligne und septische Form der *E.* sind meist nicht von einander zu unterscheiden, sondern gehen ineinander über. Schott (Nauheim) spricht an Hand seiner Erfahrungen über die *E.* als Komplikation von Gelenkrheumatismus und Influenza. His (Leipzig) spricht über die Verschlimmerung einer bereits bestehenden *E.* durch eine dazu tretende Gonorrhoe. Michaelis (Berlin) weist darauf hin, dass die Erreger der *E.* wohl immer die gleichen Erreger der die *E.* verursachenden Krankheit seien. v. Leube (Würzburg): Ganz leichte Infectionskrankheiten können unter Umständen zu *E.* führen, so die Angina, der Muskelrheumatismus, der wohl als eine Infectionskrankheit anzusehen ist. Wassermann (Berlin) spricht über Thierversuche, die er mit Streptokokken behufs Erzeugung der *E.*

angestellt hat. — Aus der reichen Fülle der einzelnen Vorträge greife ich solche heraus, welche in den Rahmen dieser Zeitschrift passen, wobei ich solche etwas ausführlicher besprechen werde, die ein vorwiegend praktisches Interesse beanspruchen. Neusser (Wien): Zur Klinik des Maltafiebers. In Anknüpfung an die Vorstellung eines von Maltafieber befallenen Patienten berichtet N. über eine an den Küsten und auf den Inseln des Mittelmeeres häufig vorkommende Infektionskrankheit, die durch den 1897 entdeckten *Micrococc. Melitensis*, der für Menschen und Affen pathogen ist, verursacht wird. Die Krankheit beginnt mit Fieber, das bis zu 40,5 steigen kann, Kopf- und Lendenschmerzen, Schlaf- und Appetitlosigkeit; Brechreiz, manchmal Erbrechen, Obstipation und öfters profuse Scheweisse gesellen sich hinzu. Der einzelne Fieberanfall dauert 1—5 Wochen; dabei sind für die Krankheit charakteristisch die in unregelmässigen Intervallen auftretenden Rückfälle, die die Krankheit über Monate, ja selbst Jahre hinziehen können. Im weiteren Verlaufe und als Nachkrankheiten kommen rheumatische Affektionen der Gelenke, Orchitis, Mastitis und Neuralgien vor. Tödlicher Ausgang ist selten, die Mortalität beträgt 2%. Eine wirksame Therapie des Maltafiebers ist bis jetzt unbekannt. Wenckebach (Utrecht): Die physiologische Erklärung der Arythmie des Herzens. Die 3 Hauptfunktionen, welche wir als Bedingung der regelmässigen Herzthätigkeit zu betrachten haben, sind: 1) die automatische Reizbarkeit des Herzmuskels, 2) das Vermögen, die motorischen Reize von Muskelzelle auf Muskelzelle weiter zu leiten, 3) die Kontraktilität. Das Nervensystem ist im Stande, in diese 3 fundamentalen Eigenschaften ändernd einzugreifen. Störungen in jeder dieser Funktionen sind im Stande, eine besondere Form der Arythmie hervorzurufen. Die automatische Reizbarkeit ist sehr oft erhöht. Es treten daher überzählige Extra-Systolen auf. Diese entsprechen in den meisten Fällen den sog. frustranen Kontraktionen und rufen den Pulsus trigeminus, das Intermittieren und verwandte Pulsformen hervor. Das motorische Leitungsvermögen kann geschwächt und erhöht sein. Im ersten Falle kann es zu regelmässigem Intermittieren kommen, wobei aber keine Extra-Systolen stattfinden und eine eigenthümliche Allorhythmie auftritt. Dieses regelmässige Intermittieren kann durch allerlei Uebergangsformen so weit gehen, dass schliesslich eine Bradycardie auftritt, wobei nur jeder 2. Reiz eine Systole hervorruft. Leitungshemmung ist auch die Ursache der Stokes-Adam'schen Krankheit. Wenn die Leitungsfähigkeit aber abnorm erhöht und das Herz dabei stark gereizt wird, kommt es zum Delirium cordis, wobei Digitalis günstig wirkt durch Vagusreizung, welche die Leitung erschwert. Die typische Arythmie durch geschwächte Kontraktilität ist wohl der Pulsus alternans. Diese Störungen der drei Hauptfunktionen können einzeln und combinirt auftreten: von funktioneller Störung des Herzmuskels und dann mehr ständig, von Nerveneinfluss abhängig und dann mehr vorübergehend sich kundgebend. — A. Hoffmann (Düsseldorf); Ueber die Pathologie der paroxysmalen Tachycardie. Der tachycardische Anfall entsteht aus den verschiedenartigsten Ursachen und verläuft stets in typischer Weise. Die

Sektionsbefunde geben keine sichere Erklärung des Krankheitsbildes, sondern man muss klinisch-physiologisch den Anfall analysieren, um zu einer Erklärung desselben zu gelangen. Genaue Beobachtungen der Urinsekretion im Anfall bewiesen, dass sein Entstehungsort in der medulla oblongata gesucht werden muss. Die Polyurie bei gesunkenem Blutdruck ist nicht anders als durch centrale Einflüsse zu erklären. Physiologisch fasst H. nach genauer Analyse der Pulskurven die T. als eine Häufung von Extrasystolen, als einen Tetanus des Herzens auf. Er nimmt keine einheitliche Erkrankung, sondern eine Disposition an, bei der die Anfälle aus den verschiedenartigsten Gründen entstehen können. Für die Anfälle schlägt er den Namen Anfälle von „Herzjagen“ vor. — Vierordt (Tübingen): Ueber Cyanose. Hinsichtlich der Entstehung der „Blausucht“ der Haut verwirft V. die bisher zumeist geltende Mischungstheorie (vermehrte CO Aufnahme in das O-haltige Blut), sondern nimmt mechanische Ursachen dafür in Anspruch. Die Dicke der Blutschicht und der überliegenden Hautdecke bedingen die blaue Farbe. Sie ist nur in sehr bedingter Weise als Maass für die Venosität des Blutes anzusehen. Schott (Nauheim): Ueber Influenza und chronische Herzkrankheiten: Sch. weist darauf hin, dass seit der Pandemie des Jahres 1889/90 die Influenzaepidemien, welche seitdem nicht mehr aufgehört haben, auch ganz besonders das Herz ergriffen und zwar derart, dass durch die cardialen Erkrankungen nicht nur die Morbiditäts-, sondern auch die Mortalitätsziffer ganz bedeutend gewachsen sei. Redner erörtert dann die drei Gruppen von Herzaffectionen, welche entweder durch die I. direkt hervorgerufen oder durch sie verschlimmert werden, nämlich 1) primäre Herzerkrankungen, 2) Herzleiden secundär entstanden in Folge anderer durch Influenza hervorgerufener Erkrankungen, 3) Einwirkung der Influenza auf bestehende Herzaffectionen. Von den primären, durch Influenza hervorgerufenen Herzleiden sind in erster Linie die nervösen Herzaffectionen zu nennen. Bei den motorischen Neurosen überwiegt zwar die Tachycardie, auffallend ist aber gerade hier die Häufigkeit der Bradycardien, welche in solcher Zahl wohl kaum bei einer anderen Infektionskrankheit gefunden werden. Pseudangina, wie auch Angina pectoris vera und Neurasthenia cordis sind bei Patienten, die an Influenza litten, gar nicht selten die Folge. Ganz besonders häufig sind die Herzmuskelaffectationen, die zum Theil rein, zum Theil in Folge von Herzneurosen zur Beobachtung gelangen. Die Grippotoxine respective die Bacillen selbst können aber, wenn auch viel seltener, direct zu myocarditischen wie auch zu endocarditischen Processen führen. So konnte auch Redner selbst primäre Klappenaffectionen hier beobachten. Zahlreich sind auch die chronischen Herzleiden durch grippale Erkrankungen der Respirationsorgane, des Nervensystems sowie des Intestinaltrakts, und hier können sehr schwere Herzleiden entstehen, und zwar sowohl Klappen-erkrankungen als auch Herzmuskelaffectationen und Herzneurosen. Besonders prädisponiert sind hier Personen, bei welchen vorher Adipositas universalis, Gicht, Diabetes und vor Allem Arteriosclerose bestand. Den schlimmsten Gefahren sind solche Patienten durch die Influenzaerkrankung ausgesetzt, welche bereits an endo- oder myo-

carditischen Processen vorher litten. Ein sehr grosser Procentsatz der congenitalen Herzleiden endigt durch die Influenza letal und myocarditische Prozesse werden oft rapide verschlimmert. Starke Herzausdehnungen kommen schon bei einfacher muskulärer Debilitas vor, und früher bestandene Herzneurosen werden durch die epidemische Grippe nicht nur leicht wieder wachgerufen, sondern durch ihre Verschlimmerung wird secundär der Herzmuskel auch leicht mitafficiert. Für einen grossen Theil des hier Angeführten giebt Sch. Beispiele an, welche durch Fiebercurven, Herzgrenzenzeichnungen, Sphygmogramme etc. erläutert werden. Zum Schlusse betont der Vortragende, dass durch die Entdeckung des Influenzabacillus sowie bessere klinische Forschungen bereits ein gewaltiger Fortschritt gemacht worden sei. Eine Arbeit, welche Redner vom Generalstabsarzt Dr. v. Vogl aus München zugesandt worden war, u. deren Inhalt in der Hauptsache mitgetheilt wurde, bestätigt die von Sch. gemachten Angaben.

(Schluss folgt.)

Bericht über den 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin. (18.—21. April 1900).

Auch dieses Jahr bot der Kongress der Deutsch. Ges. f. Chirurgie eine reiche Fülle von Verhandlungsgegenständen dar. Wir bringen in Nachstehendem den Hauptinhalt der für die Kinderheilkunde wichtigen und interessanten dort gehaltenen Vorträge. Czerny (Heidelberg) und Krönlein (Zürich) sprachen über die (für die Pädiatric nur beschränktes Interesse darbietende) Behandlung inoperabler Carcinome. Cz. trat zunächst für die Errichtung von Spitätern für derartige Krebsformen ein und verbreitete sich dann über die Behandlung inoperabler Carcinome mit Chlorzink-Aetzungen. Kr. sprach über die Resultate der operativen Behandlung der Darm carcinome und konstatiert, dass in nicht wenigen Fällen, die zur Operation gelangen, ein Wiederwachsen der Geschwulst oder die Auftreten derselben an anderen Stellen beobachtet wird; nur in 14,8 % seien operative Dauerheilungen von mindestens dreijährigem Bestand konstatiert. Andere Chirurgen verfügen, wie aus der Diskussion hervorging, allerdings über eine wesentlich grössere Zahl von Dauerheilungen, z. B. Kraske, Henle. v. Mangoldt (Dresden) berichtete, indem er dabei eine Reihe von diesbezüglichen Fällen vorstellte, über Knochenplastik. Er hat u. A. eine nach Typhus entstandene starke Larynxstenose dadurch geheilt, dass er den Larynx spaltete, zum Klaffen brachte und in den dadurch hergestellten Defect ein aus einer Rippe des Patienten entnommenes Stück Rippenknorpel

einpflanzte; einen total eingesunkenen Nasenrücken hat er durch Implantation eines Rippenknorpels wieder aufgerichtet. v. Stubenrauch (München) sprach im Anschlusse hieran über die Veränderungen des wachsenden Knochens unter dem Einflusse des Phosphors. Bei Tieren, welche er mit kleinen Dosen P. gefüttert hatte, beobachtete St. eine Zunahme der Knochenmasse in verschiedenen Grade und an verschiedenen Gliedern, so besonders am Oberarm, Vorderarm und Oberschenkel. Diese Veränderungen sind allerdings oft so feiner Natur, dass sie in vielen Fällen nur mit dem Mikroskope erkannt werden können. Die Einwirkung des P. auf die Knochen bei Rhachitis, welche so oft betont wird, ist noch nicht ganz klar gestellt und dürfte durch röntgographische Untersuchungen noch weiter verfolgt werden müssen. (St. hat durch Röntgen-Aufnahmen schwere Knochenveränderungen bei jugendlichen Zündholzarbeitern nachgewiesen.) König (Berlin) wendet sich in seinem Vortrage über die Wandlungen in der chirurgischen Technik von Gelenk-Operationen vor Allem gegen die neuerdings übertriebene, häufig angewandte Methode der Apparatbehandlung. Letztere sei ein Nothbehelf, zu dem man nur greifen sollte, wenn ein chirurgischer Eingriff nicht ausführbar sei. K. demonstriert eine Anzahl von Fällen, in denen schwere Gelenkvereiterungen durch Arthrotomie zur Heilung mit gutem funktionellen Resultat gelangt sind. Schede (Bonn) glaubt, dass bei vielen derartigen Gelenkvereiterungen die einfachere und weniger gefährlichere Punktion und Drainage gleichfalls Heilung herbeiführe. v. Eiselsberg (Königsberg) stellt einen jungen Mann vor, dem der verloren gegangene Zeigefinger durch seine amputierte und implantierte zweite Zehe mit ihren Sehnen ersetzt worden ist. Die Zehe ist eingehellt, vorläufig aber nur in geringem Grade beweglich, hingegen ist das kosmetische Resultat befriedigend. Israel (Berlin): Ueber Operationen bei Nieren- und Ureterensteinen. An der Hand eines reichen statistischen Materials erbringt I. den Beweis, dass bei zahlreichen Formen dieses Leidens ein operatives Vorgehen dem Arzte direkt zur Pflicht wird. Vor allem ist dies der Fall bei denjenigen Formen des Steinleidens, welche durch häufige schwere und innerer Behandlung trotzende Koliken dem Kranken jede Lebensfreude nehmen, häufige Harnblutungen veranlassen, Eiterung oder Degeneration der Nierensubstanz, Schwellung des Nierenbeckens etc. erzeugen. Ebenso kann bei kompletter Urinverhaltung durch Nierensteine in der Regel nur durch eine Operation das Leben gerettet werden. Sitzt ein grösserer Stein im Ureter, so sind die Aussichten auf einen spontanen Abgang des Steins auf natürlichem Wege durch innere Behandlung oder Bädokuren erfahrungsgemäss so geringe, dass auch hier der Stein meist nur durch eine Operation entfernt werden kann. Zur Aufsuchung des Steins ist der Weg durch die Nierensubstanz hindurch am geeignetsten. Meist gelingt es, die Niere selbst zu erhalten, nur bei totaler Vereiterung des Nierengewebes infolge des langen Bestandes des Steinleidens kann die Nierenexstirpation unvermeidlich werden. In der Diskussion wird namentlich hervorgehoben, dass der Nachweis von Nierensteinen durch Röntgenstrahlen bei nicht zu korpulenten Per-

sonen sehr häufig gelingt. Kümmel (Hamburg) besprach hierauf die Methoden zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen, so den Katheterismus der Ureteren, die Harnstoffuntersuchung. Durch Coranni's neuere Untersuchungen ist auch festgestellt, dass eine ungenügende Leistungsfähigkeit der Niere sich konstant durch eine Erniedrigung des normalen Gefrierpunktes des Blutes zu erkennen giebt. Auch durch die Gefrierpunktsbestimmung des gesondert aufgefangenen Urins jeder Niere lassen sich wertvolle Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit des betreffenden Organs gewinnen. Nur nach Feststellung einer vorhandenen zweiten funktionsfähigen Niere ist die Exstirpation der erkrankten Niere zulässig. Anschütz (Breslau) stellt einen Fall von grosser angeborener Blasenspalte vor, den Mikulicz durch Einsetzung eines Stückes aus einer benachbarten Darmschlinge verschlossen hat. Trendelenburg (Leipzig) betont, dass mit der viel weniger gefährlichen Methode des plastischen Verschlusses durch direkte Blasennaht und Hautklappenbildung zum mindesten das gleiche Resultat sich erzielen lässt. Das Durchnässwerden der Operierten durch unfreiwilligen Harnabfluss, der nach den Operationen fast immer zeitlebens stattfindet, kann durch Tragen eines geeigneten Apparates leicht verhütet werden. Bessel-Hagen (Charlottenburg) stellt eine Reihe von Patienten vor, bei denen die Exstirpation der Milz mit Erfolg ausgeführt worden ist. In einem dieser Fälle handelte es sich um enorme Milzschwellung infolge von Malaria, in den übrigen Fällen handelte es sich um Vereiterung der Milz. Die Chirurgie der Cholelithiasis, die besonders eingehend von Kehr (Halberstadt) besprochen wurde, hat für die Pädiatrie kein Interesse. Eine grosse Reihe von Vorträgen behandelte die moderne Magendarm-Chirurgie. Zunächst wurde die chirurgische Behandlung der Unterleibscontusionen besprochen. v. Angerer (München) vertritt — gegenüber den Chirurgen, welche bei Unterleibsverletzungen durch stumpfe Gewalt so lange ein exspektatives Verhalten beobachten, bis bedrohliche Symptome auf eine innere Blutung oder Darmverletzung hinweisen — den Standpunkt, dass die Eröffnung der Bauchhöhle, die Blutstillung, der Verschluss der verletzten Darmabschnitte durch die Naht frühzeitig vor Eintreten der Peritonitis zu erfolgen habe, falls der operative Eingriff nicht zu spät kommen solle. In der Diskussion wurden Erfahrungen mitgeteilt, die sich vorwiegend zu Gunsten der Frühoperationen bei schweren Bauchcontusionen aussprachen. Besonders überzeugend wird die Gefährlichkeit dieser Zustände durch mehrere mitgeteilte Beobachtungen dargelegt, bei denen bereits wenige Stunden nach der Verletzung bei der Operation eine beginnende Peritonitis vorgefunden wurde. Bei Volvulus und Ileus des Dickdarms empfiehlt v. Bergmann (Riga) ebenfalls die Frühoperation. Ebenso empfiehlt er bei Pylorusstenose die Gastroenterostomie. Unwegsamkeiten des Darms durch Geschwürsnarben sollten durch Ausscheidung der verengten Stelle aus der Darmcirculation behandelt werden. Kehr hat die Methode der Gastroenterostomie auch bei kleinen Kindern, die an gutartigen Verengerungen des Magenförtners mit gefahrdrohendem Erbrechen litten, mit Erfolg ausgeführt.

Krönlein (Zürich) und Lindner (Berlin) ziehen zur Ausführung dieser Operation die direkte Darznaht jeder künstlichen Verbindung durch Murphy-Knöpfe vor. Auch v. Hacker (Innsbruck) verwirft grundsätzlich den Murphyknopf, der, wie auch Petersen (Heidelberg) darlegt, keineswegs eine grössere Sicherheit der Naht gewährleistet und in technischer Hinsicht zum Mindesten dieselben Schwierigkeiten bietet, wie die direkte Naht. Krause (Altona) hat zur Beseitigung des nach gangränösen Hernien meist zurückbleibenden künstlichen Afters die alte Dupuytren'sche Darmklemme in modifizierter Form wieder angewandt. Er empfiehlt, durch eine tiefe Einführung dieser Klemme in den künstlichen After zunächst eine genügende Kommunikation zwischen beiden Darmschenkeln herzustellen, der sogen. Sporn wird dabei geschont und zur exakten Darznaht nach Zustandekommen der Kommunikation durch die Klemme benutzt. Steinhilf (Stuttgart) empfiehlt zum Verschlusse des künstlichen Afters eine Darmplastik, Göpel (Leipzig) zum Verschlusse grosser Bruchpforten die Einheilung geflochtener Silberdrahtnetze. Lexer (Berlin) sprach über Teratome der Bauchhöhle, kongenitale Geschwülste, die meist einer Versprengung embryonaler Keime ihre Entstehung verdanken. Die Entfernung dieser meist sehr grossen, in der Tiefe des Abdomen zwischen den Blättern des Mesenterium liegenden Geschwülste stösst sehr oft auf erhebliche Schwierigkeiten. Hoffa (Würzburg) spricht über die operative Behandlung des Caput obstipum und demonstriert mehrere derartige Fälle, die er nach der Methode von Mikulicz — Ausschneidung der unteren Hälfte des geschrumpften *musc. sternocleidom.* — operiert hat. Das funktionelle Resultat der Operation ist zwar ein befriedigendes, doch ist eine narbige Einziehung, zumal bei Mädchen, recht störend, weshalb Trendelenburg dagegen sprach. Durch die einfache Durchschneidung des *musc. sternocleidom.* hat er ein ebenso gutes funktionelles Resultat erzielt, vermeidet aber durch diese Methode die erwähnte kosmetische Störung. Auch wurde von mehreren Rednern noch darauf hingewiesen, dass die sonst radikale M.'sche Methode nicht sicher vor Rückfällen schützt. Sarwey (Tübingen) erörterte die Frage der Händedesinfektion vor chirurgischen Eingriffen. Nach seinen Experimental-Untersuchungen ist keine der gebräuchlichen Methoden der Händedesinfektion im Stande, die Hände des Arztes im bakteriologischen Sinne keimfrei zu machen. Nur zwei Methoden kommen dem Ideal einigermaßen nahe: die Heisswasser-Alkohol-Desinfektion nach Fürbringer und die Desinfektion mit Seifenspiritus nach Mikulicz. Die Methoden, die sich auf eine rein mechanische Desinfektion einschränken, sind völlig ungenügend. Operationshandschuhe verschaffen keine grössere Keimfreiheit. Pölschen (Zeit) demonstriert einen Fall von traumatischer Epilepsie, den er durch wiederholte Trepanation geheilt hatte. Riese (Britz) berichtet über zwei Fälle von Trombophlebitis des Sinus cavernosus u. d. Sin. transversus, welche von Zahngeschwüren ihren Ausgang genommen hatten. Während der eine Patient starb, hat R. in dem andern Falle durch Freilegung und Ausräumung des vereiterten Hirnblutleiters Heilung erzielt. Bunge (Königsberg) berichtete über

seine Untersuchungen über Gangraen der unteren Extremitäten. Durch mikroskopische Untersuchungen hat er festgestellt, das sowohl bei Altersgangraen als auch bei Gangraen der Diabetiker harte Wucherungen an der Interna der Gefässwände der Arterien im Zusammenhang mit Thrombose den Gefässverschluss und damit die Gangraen herbeiführen. In seinen Anfängen, ehe die Gangraen manifest geworden ist — ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel ist hier das von Erb angegebene akute intermittierende Hinken — kann das Leiden durch energische Jodbehandlung günstig beeinflusst werden. Payr (Graz) spricht über Blutgefäss- und Nervennaht. Es ist ihm gelungen, durchschnittene Nerven und Gefässe durch Einschlebung einer Magnesiumröhre zwischen die durchschnittenen Enden zur Verheilung zu bringen, wobei die Magnesiumröhre einheilt und allmählich im Körper aufgelöst wird. v. Zabudowski (Berlin) sprach über die Erkrankungen der Hände und insbesondere der Finger bei Klavierspielern. Nach seinen Erfahrungen trotzen die hartnäckigen Erkrankungen der Hände von Berufspianisten oft jeder Behandlung. Kinder erleiden nicht selten durch das Spannen der Oktaven eine funktionelle Schwächung der Hände, weshalb er für Kinder eine der Grösse der Kinderhand besonders angepasste Konstruktion der Oktavenbreite an den Klavieren fordert. Most (Berlin) berichtete über die topographischen Verhältnisse der hinter dem Rachen- und Nasenrachenraum gelegenen Lymphdrüsen, die so häufig zu Eiterungen, Wucherungen etc. hinter dem Rachen Veranlassung geben. S.

Referate.

Die Bäderbehandlung des Typhus bei Kindern. Von E. Jusset.
(L'Echo médic. Nr. 18. 1900 — Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 18, 1900.)

J. ist ein überzeugter Anhänger der systematischen Bäderbehandlung bei Kindertyphus; aber er hält es für überflüssig, sofort mit den kalten Bädern nach der Methode von Brandt zu beginnen, da die beabsichtigte Wirkung auf das Nervensystem und die Circulation sich ganz gut auch mit höher temperierten Bädern von 26—28° erreichen lässt. Je jünger das Kind ist, desto weniger kalt das Bad. J. beginnt in den ersten Tagen der Erkrankung mit Bädern von 28°, die er dafür alle 2 Stunden wiederholen lässt; oft genügen diese Bäder die ganze Krankheit hindurch. Wenn dieselben aber längstens am 2. Tage nicht die gewünschte Wirkung haben, so erniedrigt er die Temperatur auf 25, 20 und selbst 18°, und zwar erfolgt diese Herab-

setzung der Temperatur sehr rasch, so zwar, dass, wenn z. B. der 2. Tag der Behandlung mit 25grädigen Bädern keine zufriedenstellenden Resultate ergibt, am 3. Tage schon 20° an die Reihe kommen. Natürlich sind das schwere Fälle, wo das Nervensystem schon einen Teil seiner Erregbarkeit verloren hat. Bei diesem Vorgehen hat J. niemals üble Zufälle, insbesondere nicht Collaps gesehen. Wenn J. nicht von Anfang an die ganz kalten Bäder nach Br. anwendet, so liegt der Grund darin, dass dieselben doch unangenehm für den Kranken und die Umgebung sind, und dass man in vielen Fällen ebenso gute Resultate mit weniger kalten Bädern erreichen kann. Zum Schlusse hebt J. hervor, dass dieses nur für das Kindesalter gilt.

Dr. Goldbaum-Wien.

Eine Epidemie von acutem Erythem bei Kindern in der Umgebung von Giessen (Erythema infectiosum acutum). Von Emil Berberich (Inaugural-Dissertation Giessen 1899).

Die Arbeit berichtet ausführlich über die von Professor Sticker in den Frühlings- und Sommermonaten des Jahres 1899 in der Umgebung von Giessen beobachtete und in der Zeitschrift für practische Aerzte Jahrgang VIII Nr. 11 (Referat Schnell-Egeln, Kinderarzt N. Jahrgang, Heft 9) mitgetheilte Epidemie (Erythema infectiosum). Verf. führt 45 Krankengeschichten an, die die Epidemie darstellen. Danach war der Verlauf der Epidemie ein äusserst milder; nur zwei Fälle verliefen unter einem schweren Bilde, einer davon endete am zweiten Tage letal; bei beiden Fällen hat das Erythm an der Stirn begonnen. Sonst bringt Verf. was das Krankheitsbild anbetrifft, nichts Neues, was wir nicht schon aus der Abhandlung von Sticker und dem Referat erfahren hätten.

Zwei Abbildungen, die B. seiner Dissertation beigelegt hat, veranschaulichen das Bild des Erythems in treffender Weise; die eine giebt das Bild am 2. Krankheitstage von Unterarm und Hand, die andere das Bild am 3. Krankheitstage von der Aussenseite des Oberschenkels wieder.

Interessant vor allem ist, was B. über die Ausbreitung des Erythems im vorigen Jahre in Erfahrung gebracht hat; danach ist das Erythem in Giessen selbst und in dessen Umgebung, Lich, Steinbach und Albach, in Wetzlar, Hasselborn bei Usingen, in Friedberg, Gleiberg, Krofdorf, Lollar, endlich in Hanau und Wiesbaden unter den Kindern epidemisch aufgetreten.

Ein in der Dissertation veröffentlichter von Dr. Rössner an Sticker gerichteter Brief giebt uns noch Aufschluss über den Verlauf der Epidemie in Hasselborn; danach ist diese dort unter schweren Allgemeinsymptomen aufgetreten: „Theilweise war geringe Angina und Temperatursteigerung, in fast allen Fällen aber eine mehrere Wochen anhaltende Körpermattigkeit und Appetitlosigkeit vorhanden.“ Ein Fall endete in Hasselborn letal.

Nachdem B. dann noch eine umfassende Zusammenstellung aus der Litteratur über Erscheinungen und Verlauf der einzelnen Erytheme,

besonders des Erythma exsudativum multiforme gegeben hat, kommt er zu dem Schluss, dass man „die Giessener Erythem-Seuche für eine besonders leichte Epidemie des Erythema exsudativum multiforme halten könne.“ Aber schon wenige Seiten später schreibt er wörtlich: „Wir haben bisher das von uns beobachtete Erythem von dem Gesichtspunkte der Dermatologie aus betrachtet. Fragt man, zu welchen Krankheitsgruppen es zu rechnen sei, so stehen wir nicht an, ihm einen Platz unter den sogenannten acuten Exanthenen zu geben.“ Ist auch der Begriff des Erythems und Exanths in manchen Punkten noch ein strittiger, so darf man doch nicht derartig damit herumwerfen, dass man dieselbe Krankheit fast in einem Athemzuge als Erythem und dann als Exantheum bezeichnet.

Tripke-Coblenz.

Zur Mechanik und Physiologie der Nahrungsaufnahme bei Neugeborenen. Von Heinrich Cramer. Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 263. Leipzig, Breitkopf u. Härtel. Einzelpreis 75 Pf.

Verf. untersucht die diätetischen und mechanischen Momente, die für den Erfolg einer Ernährungsmethode massgebend sind und zwar 1. die Diätetik: Wie gross ist das physiologische Nahrungsquantum des gesunden ausgetragenen Neugeborenen? Wann soll die erste Nahrungszufuhr beginnen? Wie gross ist dieselbe? Wie gestaltet sich ihre Steigerung, und 2. die Mechanik: Wie gross ist die Arbeitsleistung des Neugeborenen bei der Nahrungsaufnahme an der Brust und aus der Flasche? Wie verhält es sich überhaupt mit der Saugthätigkeit bei der natürlichen und bei der künstlichen Ernährung? Verf. kommt in seiner interessanten Arbeit zu folgenden Schlüssen: Das bei einer künstlichen Ernährungsmethode zuzuführende Nahrungsquantum soll dem physiologischen Nahrungsquantum entsprechen, d. h. derjenigen möglichst geringen Nahrungsmenge, welche den möglichst grössten Gewichtszuwachs sichert. Es kann ohne jeglichen Schaden für ein gesundes ausgetragenes Neugeborenes eine Zeit von 1—1½ Tagen bis zur ersten Nahrungsaufnahme verstreichen und das Kind braucht nur alle 3 Stunden Nahrung. Die Zahl der Entleerungen ist täglich 1—2 Mal, 3 oder 4 tägliche Stuhlentleerungen sind immer pathologisch. Der physiologische Nährquotient, d. h. diejenige Zahl, welche angiebt, der wievielste Theil der zugeführten Nahrung im günstigsten Fall im Gewichtszuwachs zum Vorschein kommt, ist bei dem 10. Lebenstage ca. 17—18%. Bei der gewöhnlichen Nahrungszufuhr aus der Brust ist der Nährquotient ca. 10%.

Der Säugling bedarf zur Nahrungsaufnahme einer Aspirationskraft, die nur durch eine Reihe hinter einander ausgeführter Saugbewegungen erzeugt werden kann. Diese Aspirationskraft entspricht dem negativen Druck, der nothwendig ist, um Milch aus der Brust anzusaugen (ca. 20—70 cbcm Wasser). Die Kompression des Warzenhofes und das Auspressen der Milch kommt demgegenüber erst in zweiter Linie in Betracht. Für den Begriff der schwer und leicht gehenden Brust ist der Tonus der Warzenhofmuskulatur nicht massgebend. Der schwere oder leichte Austritt der Milch ist vom Füllungszustand der Brust

abhängig. Frühgeborene Kinder haben in Folge ihrer geringen Reflexerregbarkeit eine sehr geringe Saugfähigkeit. Dieselbe steigt jedoch rasch mit der Zunahme ihrer Reflexerregbarkeit. Die Arbeitsleistung des Säuglings an der Brust ist bei der Nahrungsaufnahme eine bedeutend (50—100fach) grössere als bei der Flaschenfütterung.

Drews-Hamburg.

Die Erkrankungen der Luftwege und ihre Behandlung mit „Pertussin Taeschner“. Von Goldmann. (Wiener medicinische Blätter Nr. 17, 1900.)

G. hat bei verschiedenen Erkrankungen der Luftwege Pertussin Taeschner angewendet, so behandelte er 14 Kinder mit schleppend verlaufender Bronchitis, nachdem er ohne Erfolg Ipecacuanha, Senega, Ol. jecor. Aselli, Malzpräparate verordnete, mit Pertussin Taeschner 3—4 Kaffeelöffel täglich. Die Wirkung war eine ausserordentliche. Die ersten Anzeichen waren stets ein kräftiges Aufhusten, eine täglich zunehmende leichtere Expectoration, seltenerer Husten und schon nach 10—12 Tagen konnte man keine Erscheinungen der Bronchitis mehr nachweisen. Auch in zwei Fällen von Bronchopneumonie bewährte sich das Präparat insofern sehr gut, dass die Expectoration sich stetig erleichterte, das Fieber sich allmählig herabsetzte und die Athmung sehr günstig beeinflusst wurde. G. verwendete das Pertussin Taeschner ausserdem in fünf Fällen von Pseudocroup. Auch hier erzielte er, ohne andere Medicamente verordnet zu haben, ausserordentliche Erfolge. Der sichtbarste Effect des Mittels bestand darin, dass die beängstigenden und qualvollen Anfälle schon am nächsten Tage gemildert und seltener wurden und am darauffolgenden Tage überhaupt ausblieben, namentlich hatten die nächtlichen Anfälle das Schreckliche ihres Auftretens verloren. Nach zwei, längstens drei Tagen war der bellende und hohle Husten lockerer geworden, die Heiserkeit beseitigt, die mühsame Athmung wurde alsbald besser und freier und der Pseudocroup war verschwunden und am sechsten bis achten Tage trat vollkommene Heilung ein. Auch in 19 Fällen von Pertussis hat er überraschende Erfolge gesehen. Schon am sechsten Tage bei ausschliesslicher Behandlung mit Pertussin Taeschner, 4mal täglich ein Kinderlöffel voll, wurden die Anfälle seltener und kürzer und die Nachtruhe wurde eine bedeutend bessere. Von dieser Zeit an bekamen die Kinder nunmehr durch 14 Tage täglich nur 1 Kaffeelöffel. Zu Ende der dritten Woche ungefähr zeigte sich bei ihnen weder krampfhafter Husten noch Erbrechen, die Nachtruhe wurde nicht gestört und die Kleinen hatten nur mehr leichten Katarrh mit mässigem Husten und nach Ablauf von vier Wochen waren die Kinder wieder vollkommen gesund. —

Der „Pertussin Taeschner“ ist somit unstreitig ein gutes krampfmilderndes, schleimlösendes Mittel. Es wird von den Kindern, da es angenehm schmeckt, sehr gern genommen und gut vertragen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Pavor diurnus bei Kindern. Von G. J. Still, (The Lancet 2. 3. 1900
— Wiener medizinische Wochenschrift Nr. 18 1900.)

St. beschäftigt sich in einer längeren Abhandlung mit dem Pavor diurnus der Kinder, der im Vergleiche mit dem Pavor nocturnus viel seltener zur Beobachtung kommt, daher auch von den wenigsten Autoren erwähnt wird; nur Henoeh führt zwei Fälle davon an. St. war in der Lage, drei Fälle zu sehen, zwei Knaben von 6 $\frac{1}{2}$ und 3 Jahren und ein Mädchen mit 4 $\frac{1}{2}$ Jahren. Die Symptome sind dieselben wie beim Pavor nocturnus, nur dass diese Anfälle von plötzlichem Schreck eben in wachem und nicht in schlafendem Zustande der Kinder auftreten; St. hält auch die Anfälle bei beiden Erkrankungen ihrem Wesen nach für identisch. Die Aetiologie ist dunkel, soviel steht fest, dass die Kinder immer von erregbarem, nervösem Temperament sind. In der Familiengeschichte spielt Rheumatismus häufig eine Rolle. Die Anfälle können jedenfalls nicht als maskierte Epilepsie angesehen werden (nie Verlust des Bewusstseins); sie sind eine Form von paroxysmaler Neurose und fallen allerdings als solche in dieselbe Gruppe von functionellen Störungen wie Migräne und Petit mal. St. glaubt, dass der Pavor diurnus (Day-Terrors) ebenso wie die nächtlichen Anfälle ihre Ursache in gastro-intestinalen Störungen haben; die Angaben anderer Autoren, dass Pavor nocturnus durch respiratorische Schwierigkeiten, hauptsächlich durch adenoide Vegetationen, hervorgerufen wird, hält er nach seinen Erfahrungen für nur in Ausnahmefällen giltig. Wenn auch die Prognose quo ad sanationem der Anfälle selbst günstig ist, so ist immerhin die Bedeutung des Pavor diurnus als eines Zeichen von Gefahr der Neigung zu ernsteren Neurosen im späteren Alter wahrscheinlich eine grössere als die des Pavor nocturnus. Bezüglich der Behandlung empfiehlt St. mit Rücksicht auf die von ihm aufgenommenen Versuche die Bekämpfung des chronischen Intestinalkatarrhs mit geeigneten diätetischen und medicamentösen Mitteln (citronensaures Kalium, Eisen, Aloë etc.), Entfernung eventuell vorhandener Fadenwürmer, Gebrauch vom Brompräparaten mit Belladonna; weiters müssen die betreffenden Kinder in der Schule und beim Spiele soviel als möglich von geistiger Anstrengung und Aufregungen fern gehalten werden.

Dr. Goldbaum-Wien.

Resaldol, ein neues Darmtonicum und Darmantisepticum. Von Hermann (Therap. Monatsh. 1900, 4).

Resaldol, ein Kondensationsprodukt des Saloform mit Resorein, ein amorphes, gelbes, sehr leichtes, in verdünnter Sodalösung, wie überhaupt in Alkalien lösliches Pulver, besitzt nach H.'s Untersuchungen folgende therapeutisch verwertbare Eigenschaften: Relative Ungiftigkeit (Dosen bis 10 g riefen keine Beschwerden oder Vergiftungserscheinungen hervor), Entfaltung der Wirkung erst im Darm (erst bei alkalischer Reaction geht es in Lösung; die geringe Löslichkeit im Speichel lässt sich durch Darreichung in Oblaten umgehen), fast gänzliche Geschmacklosigkeit, namentlich der Mangel eines unangenehmen Geschmackes, Anwendbarkeit per os und per

clysmata, und ein wenn auch geringer bacterienschädigender Einfluss. Angewendet hat H. das Mittel bei acuten und chronischen Darmerkrankungen, wenn es darauf ankam, auf Schleimhaut und Darminhalt adstringierend oder desinficierend einzuwirken. Ausgeschlossen sind natürlich auf mechanischen Reizen, Kothballen, Fremdkörpern u. s. w. beruhende und rein nervöse Diarhoen. In Frage kommen nur chemisch-infectiöse Formen: bei acutem Magenkatarrh, Darmkatarrh der Kinder, chron. Dickdarmkatarrh, profuse Diarrhöe beim Typhus im Anfangsstadium, Darmtuberkulose, starke Darmfäulniss mit erheblicher Indicanurie z. B. bei chlorotischen Mädchen, Icterus catarrhalis, bei welchem die Galle als wesentliches Darmdesinficiens fehlt. Die experimentell gewonnenen Erfahrungen konnte Verf. klinisch bestätigen. Es eignet sich namentlich für alle Erkrankungen, welche mit katarrhalischen und geschwürigen Processen der Darmschleimhaut einhergehen, besonders für Darmtuberkulose. Verf. empfiehlt grosse Dosen (3--5 gr. pro die für Erwachsene), weil ein schädlicher Einfluss nie sich geltend macht, die Fläche aber, auf welche der heilende Einfluss ausgeübt werden soll, die Darmschleimhaut, sehr gross ist.

v. Boltens Stern-Bremen.

Gesundheitspflege.

Die Nothwendigkeit einer besseren Fusspflege und Fussbekleidung. Von Zülch. (Therap. Monatsh. 4, 1900.)

In der Fusspflege ist Reinlichkeit die erste Bedingung: tägliche gründliche — warme oder kalte — Waschungen mit Wasser und Seife, zeitweise wiederholte Abreibungen mit Spiritus, gute Versorgung der Nägel und etwaiger Hühneraugen. Für eine rationelle Fussbekleidung fordert Verf. die Einführung eines Zwischengliedes zwischen dem wollenen Strumpf und dem Schuh, um einen beständig trockenen, warmen Fuss zu gewähren, und zwar eines Sohlensystems aus Fließpapier und Rosshaar. Ersteres, dem Strumpf anliegend, saugt die die sich bildende Feuchtigkeit auf, letzteres gestattet die Verdunstung. Einleistige Schuhe sind namentlich auch bei Kindern durchaus zu verwerfen. Die Form des Schuhs soll der des Fusses entsprechen, insbesondere in der Zeit der Entwicklung des Fusses, im Kindesalter. Darum muss das Schuhwerk stets nach Maass gefertigt werden. Vom Fuss muss der Schuh für die Bewegung der Zehen ausreichenden Spielraum gewähren. Als Material ist Leder nicht zu umgehen. Der Lüftung wegen empfiehlt sich ein niedriger Lederschuh, auch hochschäftige, am Knöchel nicht festschliessende Stiefel. Zu ersteren sind zweckmässig Wollgamaschen zu tragen. Gut lüften auch Lederstiefeletten mit Tuchbesatz im oberen Theil. Im Sommer empfehlen sich Zeug- oder sog. Strandschuhe.

v. Boltens Stern-Bremen.

Rezensionen.

Die Untersuchung des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten. Von Dr. G. Beier. Leipzig, C. G. Naumann, 1900. Preis 2 Mark.

Das vorliegende Compendium der Harnuntersuchung ist für den Gebrauch des practischen Arztes sehr zu empfehlen. Ohne weit-schweifig zu werden enthält das Büchlein alles Wissenswerte. Nach einer Abhandlung der physikalischen Eigenschaften des Urins und dessen Mikroskopie und Chemismus folgt eine sehr praktische Besprechung des Verhaltens des Harns bei den verschiedenen Krankheiten der einzelnen Körpersysteme, wie bei Blut-Stoffwechselleiden, acuten Infectionskrankheiten, Erkrankungen der Nieren und Harnwege, des Herzens, der Atmungs-Verdauungsorgane und des Nervensystems. Es werden dabei sehr instructiv die Veränderungen besprochen, welche der Urin bei den einzelnen Krankheitszuständen erleidet.

Hopf-Dresden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— *Dermatitis gangränosa infantum.* — Von J. Lipés. —

Verf. unterscheidet mit Renault die Gangrän nach folgenden Ursachen: 1. chemische, und zwar caustische, blasenziehende, die mehr oberflächliche Gangrän hervorrufen, und solche von der Art der mehr tiefer wirkenden Carbolsäure: 2. physikalische: Verbrennung, Frost, Druck, Ernährungsstörung durch letzteren und durch sinkenden Blutdruck bei sehr heruntergekommenen Kindern (im Allgemeinen viel seltener, als bei Erwachsenen); 3. sehr selten im Kindesalter Gefäßverstopfungen; 4. Dyskrasien (Diabetes u. s. f.); 5. Intoxicationen (Ergotin u. Aehn.); 6. Nervenerkrankungen.

Die genannte *Dermatitis gangränosa* wird als besondere weitere Form aufgestellt. Die Raynaud'sche Krankheit, die *Varicellae gangraenae*, gehören dazu, auch gewisse Fälle spontaner Gangrän. Diese ganze Gruppe ist als bacterielle Infection anzusehen. Behandlung milde Antisepsis, Chinin.

In einem beschriebenen Falle bekam das tuberkulös behaftete Kind eine mit Erythem und Blasen beginnende, schnell fortschreitende Gangrän an Bauch und Hals, der eine der postdiphtherischen ähnliche Lähmung, dann Genesung folgte. Fieber gering, Nieren gesund.

(Alb. med. Ann. 1900.) Spiegelberg-München.

— *Arteriendruck im Kindesalter.* — Von K. Shaw.

Bei der Schwierigkeit, die die Anwendung bisher gebräuchlicher Apparate bei Kindern findet, ist bis jetzt die für Diagnose und Prognose so wichtige Beobachtung des Blutdruckes im Kindesalter ziemlich vernachlässigt worden. S. hat im Grazer Kinderspital mit

dem den Lesern wohl bereits bekannten Gärtnerschen Tonometer ausgedehnte Bestimmungen an 45 Kindern im Alter von 3 Monaten bis 12 Jahren gemacht. Der normale Blutdruck entsprach einem Durchschnitt von 100 mm Hg, mit ziemlich geringem Einfluss des Alters. Der Apparat wird an blutleer zu machenden Fingern angelegt, und es ist darauf zu achten, dass die Hand nicht kalt sei, sondern etwa vorgewärmt werde. In 11 Fällen war der Druck rechts andauernd grösser als links, in 4 Fällen umgekehrt; bei denselben Kindern kamen in längeren Zeiträumen Schwankungen von 2—10 mm vor. Bei Anämie Steigerung des Druckes um 10—20 mm; bei acuter Endocarditis unternormaler Druck; bei acuter Nephritis ist die bei Erwachsenen regelmässige Druckerhöhung für Kinder weniger ausgesprochen; in einem Falle, wo Harn nicht zu erhalten war, erlaubte der sehr niedrige Druck die Diagnose zwischen postscarlatinöser Nephritis und Myocarditis zu entscheiden.

(Alb. med. Ann. 1900.) Spiegelberg-München.

— Ichthoform. Von S. Rabow und B. Galli-Valoid.

Ichthoform, eine Verbindung von Formaldehyd und Ichthyol (von der Hamburger Ichthyol-Gesellschaft dargestellt), ein schwarzbraunes, in Wasser unlösliches, amorphes, nahezu geruch- und geschmackloses Pulver haben Verff. beziehentlich des Einflusses auf die Entwicklung von Bakterien und Hyphomyceten geprüft. Aus den Tabellen ergibt sich, dass das Mittel die Entwicklung der Mikroorganismen zu hemmen, sie nicht nur zu verzögern, sondern sie mit alleiniger Ausnahme von *Aspergillus niger* zu vermindern vermag. Es wirkt auch desodorierend. Fäcalmassen mit dem Pulver beschickt und der Brutwärme ausgesetzt zeigten nach einigen Tagen nur einen erträglichen, an Formalin erinnernden Geruch. Auf Tiere wirkt es nicht toxisch. Nach Bourget hat es sich bei verschiedenen Darmaffectionen in Dosen von 2—3 g als gutes Darmantisepticum ohne schädliche Nebenwirkungen erwiesen. Ausserlich zur Wundbehandlung angewendet liefert es nach Roschaz ausgezeichnete Resultate und ist im Stände, Jodoform zu ersetzen.

(Therap. Monatsh. 1900.) v. Boltensstern-Bremen.

— Diphtherie und Scharlach. Von Dietrich.

Beide Fälle sind Beispiele dafür, wie mannigfache Verschiedenheiten im Auftreten und Verlauf des Scharlachs vorkommen können. Im ersten begann die Krankheit mit einer Diphtherie. Erst nachdem sie vier volle Tage bestanden, ein Nachlassen der Beschwerden bereits sich bemerkbar gemacht hatte, der Belag auf den Tonsillen verschwunden war, erfolgte der Ausbruch eines im Verlauf und Symptomen typischen Scharlachexanthems. Im zweiten Falle trat die Diphtherie erst nach Ablaufs des Scharlachs ein. Fieber und Exanthem waren bereits geschwunden, die Abschuppung aber hatte noch nicht begonnen, als am 8. Tage nach dem Beginn der ersten Krankheitserscheinungen die Spuren einer Rachenerkrankung sich zeigten, welche zu einer Diphtherie sich ausbildete.

(Ther. Monatsh. 1900.) v. Boltensstern-Bremen.

— Ueber säureliebende Bacillen im Säuglingsstuhl.
Von H. Finkelstein.

Vorläufige Mitteilung über constant im Säuglingsstuhl (bei Brust- wie bei Flaschenkindern) vorkommende, auf säurehaltigen Nährböden wachsende, nach Gram färbbare Mikroorganismen, deren Vermehrung Verf. beobachtet hat bei Krankheiten, welche sich auszeichnen durch Infektiosität, Hartnäckigkeit gegen diätetische Therapie und Vorwiegen schwerer nervöser Symptome. Tierpathogenität wurde bisher nicht gefunden.

(Dtsch. med. Wchschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Hämorrhoidalknoten im frühesten Kindesalter. Von Burwinkel.

Bei einem einmonatlichen Kinde war der Stuhl schon seit einiger Zeit angehalten, fest, knollig. Das Kind magerte stark ab. Es fanden sich einige Hämorrhoidalknoten ausserhalb des Sphincter ani. Da diese durch die harten Scybala entstanden waren, so bestand die Therapie in Darreichung weniger als früher verdünnter Milch und in Massage entlang dem Dickdarm, wodurch bald Heilung erzielt wurde.

(Münch. med. Wchschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Acid. boric. 2,0
Resorbin.*) ad 50,0
Mf. ungt.
Eczem, Rhagaden.

Rp.
Flor. sulfur. 5,0
Resorbin. ad 50,0
Mf. ungt.
Eczem. infant., Seborrhoea
sicc., Acne.

Rp.
Bismuth. subnitr. 50,0
Hydrargyr. praec. alb. 2,5
Resorbin. ad 50,0
Mf. ungt
Eczem. capit. et fac. chronic.
(kein Verband), Papul.
(Lues) capit et fac.

Rp.
Zinc. oxydat. alb. 15,0
Resorbin 35,0
Mf. ungt
Eczem papulos.
Intertrigo.

Rp.
Hydrargyr. oxyd. flav. via humid.
parat. 0,5—1,0
Resorbin. ad 50,0
Mf. ungt
Blepharitis chronic.

Rp.
Europhen. 1,0
Resorbin 20,0
Mf. ungt
Balanit. Vulner.

(Ledermann.)

*) Resorbin ist eine neue Salbengrundlage und wird hergestellt aus reinstem Mandelöl, wenig Wachs durch Emulgiren mit Wasser unter Zuhilfenahme eines geringen Procentsatzes von zu diesem Zwecke geeigneten unschädlichen Bindemitteln (Leim- oder Seifenlösung).

Kleine Mitteilungen.

In der vorjähr. Versammlung des deutsch. Vereins für öffentl. lichen Gesundheitspflege hielt Prof. Heim einen Vortrag über „Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb von Nahrungsmitteln“. Um die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese wichtige Frage zu lenken, wünscht der Ausschuss des gen. Vereins auf dem Wege des Preisausschreibens eine grössere Anzahl von Aufsätzen über diesen Gegenstand zu erhalten, die sich zur Aufnahme in die Tagespresse oder in deutsche Volksschullesebücher eignen. Die Aufsätze sollen kurz sein (2 bis 3 Druckseiten zu je 400 Worten), für Volksschullesebücher dem Fassungsvermögen von Schulkindern im Lebensalter von 9—14 Jahren angepasst sein und auf die verschiedenen Punkte des oben citierten Vortrags sich beziehen. Es sollen Preise von 50 bis 100 Mark für den einzelnen Aufsatz, im Gesamtbetrag von 2000 Mark, vergeben werden. Die von den Preisrichtern eines Preises würdig erkannten Aufsätze werden Eigentum des Vereins, der die preisgekrönten Aufsätze in Druck veröffentlichen und den Tagesblättern und Schullesebüchern kostenfrei zur Verfügung stellen wird. Die Aufsätze sind bis zum 1. Oktober 1900 an den ständigen Sekretär des Vereins, Geh. San.-Rat Dr. Spiess in Frankfurt a. M. kostenfrei einzusenden, von welchem Abdrücke des H.'schen Vortrags kostenfrei bezogen werden können. Der Name des Verfassers eines einzusendenden Aufsatzes ist in einem mit einem Kennwort versehenen verschlossenen Briefumschlage der mit dem gleichen Kennwort versehenen Handschrift beizufügen.

Die 25. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wird vom 12. bis 15. September d. J. (unmittelbar vor der am 17. September beginnenden 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen) in Trier stattfinden. Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: 1) Massregeln zur Bekämpfung der Pest. Ref. Prof. Gafky (Giessen). 2) Wasserversorgung mittels Thalsperren in gesundheitlicher Beziehung. Ref. Prof. Intze (Aachen) und Prof. Fränkel (Halle). 3) Ursachen und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit. Ref. Prof. Prausnitz (Graz). 4) Hygiene oder Fahrrad. Ref. Dr. Merkel (Nürnberg). 5) Die kleinen Wohnungen in Städten, ihre Beschaffung und Verbesserung. Ref. Oberbürgermeister Beck (Mannheim), Med.-Rat Dr. Reincke (Hamburg), Geh. Baurat Stübgen (Köln).

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

Juli 1900.

Heft 7.

Inhalt: Originalien: Sonnenberger, Originalbericht über den XVIII. Kongress für innere Medicin zu Wiesbaden: Sonnenberger, Aetiologie der akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter — Müller, Entstehung der Lungenentzündung -- Bornstein, Hebung des Eiweissbestandes im Organismus — Poehl, Organotherapeutisches Mittel bei Autointoxikationen -- Strauss, Funktion des Magens — Lenné, Eiweisszufuhr in der Diabetikerdiät -- Gumprecht, Ein neuer Bestandteil der Spinalflüssigkeit — Weintraud, Ueber den Abbau des Nucleins — Schwarz, Acetonausscheidung — Kreuz, Züchtung des Typhusbacillus — Bickel, Krampferregende Wirkung der Galle — Michaelis, Sauerstofftherapie — Wassermann, Serumtherapie, 145. — Referate: Netter, Sammelreferat aus dem Gebiete der Otiatrie, 150. — Kiralyi, Balneo- und Hydrotherapie, 155. — Sargnon, Intubation und Tracheotomie, 155. — Weinberger, Skoliose, 158. — Pfeffenberger, Epicarin, 158. — Wickel, Friedreich'scher Krankheit, 159. — Ferriën, Gastroenteritis, 160. — Nové-Josserand und Brisson, Hochstand des Schulterblattes, 161. — Halle, Gostastis gonorrhoeica, 162. — Weill und Lessieur, Kindertyphus, 162. — Gesundheitspflege: 1. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspflege, 163. — Rezensionen: Seyler, Kinderhygiene vom medicinisch-pädagogischem Standpunkte aus, 164. — Sternfeld, Ueber die sog. frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren, 165. — Schönenberger, Wegweiser zur Ausführung ärztlicher Vorschriften, II. Aufl., 166. — Blencke, Ueber orthopädische Apparate, 166. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 167. — Rezeptformeln für die Kinder-Praxis, 167. — Kleine Mitteilungen, 169.

Originalbericht über den XVIII. Kongress für innere Medicin zu Wiesbaden

(18.—21. April 1900).

Von Dr. Sonnenberger.

(Schluss.)

Sonnenberger (Worms): Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, insbesondere der Cholera nostras. Die schweren, insbesondere akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter sind als Intoxikationen aufzufassen, die bald bakterieller Herkunft sind, in vielen Fällen aber rein chemische Intoxikationen darstellen. Gerade im Säuglingsalter sind die Verdauungsorgane und deren Funktionen sehr geeignet dazu, das Zustandekommen der Vergiftungen zu begünstigen. In einem gewissen Gegensatz zu den bakteriellen Intoxikationen stehen die von S. zuerst geschilderten rein chemischen I., die sog. Milchintoxikationen, die oft unter dem Bilde schwerer akuter Verdauungsstörungen bei künstlich ernährten Säuglingen verlaufen und besonders auf 2 Thatsachen basirt sind, nämlich

1) dass die Milch nicht allein ein Sekretions- sondern auch ein Exkretionsprodukt der Milchdrüsen ist und daher Gifte, die von einem Individuum aufgenommen werden, auch durch die Milch wieder ausgeschieden werden können; 2) dass in einer grossen Zahl gangbarer Futtermittel und Fütterungsweisen pflanzliche Alkaloide, Glykoside und ähnliche mehr oder minder giftige Stoffe vorhanden sind, die um so leichter in die Milch übergehen, als die Herbivoren Gifte in ungleich grösserer Menge vertragen können unbeschadet ihrer Gesundheit als die Carnivoren, insbesondere zur Zeit der Milchsekretion, da zu dieser ein grosser Theil der Gifte mit der Milch wieder ausgeschieden wird. S. geht dann des Näheren auf das klinische Bild der Milchintoxikationen ein (Magen- und Darmkatarrhe, Brechdurchfall, spezifische Symptome der betreff. Intoxikationen), um dann die prophylaktischen Massregeln bezügl. der Fernhaltung derartiger Vergiftungen aufzuführen. Dieselben beziehen sich auf die Fütterung, welche vor Augen haben muss: Fernhaltung aller Gifte und ihrer Producenten, ein Princip, das überhaupt bei der Erzeugung von Kindermilch massgebend sein muss. Nachträgliche Vernichtung der Alkaloide und anderer Gifte in der Milch durch Sterilisiren ist in den meisten Fällen nicht möglich, weil die meisten Gifte gegen hohe Hitzegrade sehr widerstandsfähig sind. Die Therapie der chemischen Milchintoxikationen stimmt im Grossen Ganzen überein mit derjenigen der bakteriellen Intoxikationen und geht in beiden Fällen im Allgemeinen darauf aus, durch Massregeln der verschiedensten Art, die uns hier zu Gebote stehen, die eingedrungenen Gifte zu entfernen, eventl. zu verdünnen oder zu binden. Daneben spielt eine grosse Rolle die diätetische Behandlung (Entziehung der Milch auf längere Zeit und Verabreichung von Ersatzmitteln derselben); symptomatische Behandlung der einzelnen Symptome (der Wasserverarmung des Organismus, des Kollapses, der Konvulsionen etc.). — Müller (Leipzig): Zur Entstehung der Lungenentzündungen. M. stellte sich bei seinen Untersuchungen die Aufgabe, die Frage zu entscheiden, auf welchem Wege die Bakterienausbreitung bei der croupösen Pneumonie stattfindet. Bezüglich der Vaguspneumonien fand er, dass die Bakterienverbreitung durch die Septumsaftspalten stattfindet, von da übergehend auf die Lymphgefässe. Dieselben Verhältnisse wurden bei menschlichen Aspirations- und croupösen Pneumonien wiedergefunden. Bei beginnenden Pn. fanden sich Bakterien in den Alveolarepten an der Stelle des Fortschreitens und sehr frühzeitiger Uebergang der Bakterien in die Lymphgefässe. Der Seitenschmerz, welcher vor Eintritt der Hepatisation seinen Höhepunkt erreicht, erklärt sich aus einer Lymphangitis der Pleuralymphgefässe. — Bornstein (Bad Landeck): Ueber die Methoden zur Hebung des Eiweissbestandes im Organismus. Alle Ernährungsmethoden, die den Zweck haben, bei krankhaften Zuständen der verschiedensten Art den Kräftezustand des Organismus zu bessern, laufen schliesslich darauf hinaus, den Eiweissbestand des Körpers, von dessen Quantität und Qualität sein Wohl und Wehe abhängt, zu heben. Zur Hebung des Eiweissbestandes giebt es verschiedene Methoden: einmal kann durch allgemeine Ueberernährung, bei der Eiweiss, Fett und Kohlehydrate angewandt werden und die schliesslich in der Weir-

nitchell'schen Mastkur ihren krassesten Ausdruck findet, ausser einer grossen Fettanhäufung auch Eiweissmast stattfinden; sodann kann man durch einseitige Ueberernährung mit „Eiweissparern“, Fett und Kohlehydraten, eine Verbrennung von Eiweiss möglichst hintanhaltend und dadurch direkten Eiweissansatz erzielen. B. wendet sich speciell gegen die forcierte Ueberernährung. Auf Grund von Experimenten und klinischen Erfahrungen tritt er entschieden dafür ein, zur Hebung des Eiweissbestandes in quantitativer und qualitativer Beziehung der täglichen gewohnten Nahrung grössere Mengen — 30—50 gr — Reineiweiss, speciell Caseineiweiss in Form irgend eines der Milcheiweisspräparate (Nutrose, Plasmon, Sanatogen, Riegel's Milcheiweiss) beizufügen. Mit dieser Methode der einseitigen Ueberernährung, speciell mit Milcheiweiss, kann in angenehmster, leichtester und nutzenbringender Form die gewünschte Hebung des Eiweissbestandes, also eine Eiweissmast erreicht werden. Ihre Resultate sind dauernd und besser, ihre Anwendung für Arzt und Patienten einfacher und bequemer als die W.-M.sche Kur. — Poehl (St. Petersburg): Die organotherapeutischen Mittel bei Autointoxikationen. Die Organotherapie hat den Zweck, diejenigen Substanzen dem Organismus einzuverleiben, welche derselbe zum Selbstschutze gegen die Autointoxikationen in Anwendung bringt. Die hierbei in Betracht kommenden Autointoxikationen sind diejenigen, welche durch Herabsetzung der Gewebsathmung bedingt werden. Die Gewebsathmung hat die Aufgabe der theilweisen Entgiftung und Entfernung der Stoffwechselprodukte auf dem Wege der Oxydation, sowie der Regulirung der osmotischen Spannungsverhältnisse in den Körpersäften. Bei herabgesetzter Gewebsathmung werden die giftigen Stoffwechselprodukte zurückgehalten und rufen die mannigfachsten Vergiftungserscheinungen hervor; die in den Geweben zurückgebliebenen indifferenten Stoffwechselprodukte veranlassen als Fremdkörper Störungen in den Geweben, die sehr mannigfaltig sind je nach dem Charakter des alterirten Gewebes. Die Gewebsathmung wird zum Theil durch ein Ferment, das Spermin, bedingt, welches nur in alkalischem Medium wirksam ist, dagegen in saurem Medium inaktiv wird. Bei Reizungen der Gewebe tritt unter Umständen eine so beträchtliche Mischsäurebildung ein, dass das Spermin inaktivirt und die Oxydationsprozesse herabgesetzt werden. Dieses sind die Momente, welche die Autointoxikationen einleiten. Das Spermin, welches in allen Drüsen und im normalen Blute enthalten ist, stellt eins der wenigen isolirten Bestandtheile der organotherapeutischen Mittel dar und wirkt bei seiner therapeutischen Verwendung als Ferment der Gewebsathmung direkt auf die Ursache der Autointoxikation ein. Die Mannigfaltigkeit der therapeutischen Effekte des Spermin-Pöhl findet ihre Erklärung in der Mannigfaltigkeit der durch herabgesetzte Gewebsathmung bedingten Autointoxikationserscheinungen. Auch wirkt es bei verschiedenen Circulationsstörungen der Körpersäfte und bei verschiedenen Nervenleiden günstig, ebenso hat es allgemein tonisirende Wirkung. Ebenso hat P. in die Praxis Organopräparate (Thyreoidinum-Pöhl, Ovarinum-Pöhl etc.), eingeführt, die frei von fällbarem Eiweiss, mithin auch von entsprechenden Toxalbuminen, sind und sämtliche organische Basen (Xanthin, Kreatinbasen etc.) der Drüsenorgane in Form von

Na Cl Verbindungen enthalten, welche die spezifische Wirkung seiner organotherapeutischen Präparate erklären, in den allgemein gebräuchlichen organother. Mitteln aber nicht enthalten sind. — H. Strauss (Berlin): Zur Funktion des Magens. St. hat mit der Methode der Gefrierpunktserniedrigung die Verhältnisse des osmotischen Druckes im menschlichen Magen studirt. Es ergab sich, dass der Magen die konstante und selbständige Funktion der Regulirung des osmotischen Druckes besitzt. Die Bedeutung der Regulirung des osmotischen Druckes liegt darin, dass lokale Schädigungen des Darmes und eine rasche Steigerung des osmotischen Druckes des Blutes verhütet werden. Letztere wird jedoch nicht stets verhütet, denn es kann im Experimente im Blute und auch in der Milch bei Thieren und auch im geringeren Grade bei Menschen eine Steigerung des osmotischen Druckes des Blutes durch eine übergrosse Salzzufuhr erzwungen werden. Votr. glaubt, dass seine Beobachtungen auch für das praktische Handeln Beachtung verdienen. So ist bei Niereninsufficienz für die Nahrungszufuhr zu beachten, dass der Ausgleich der osmotischen Spannung des Blutes langsamer vor sich geht als in der Norm; bei motorischer Insufficienz des Magens verspricht eine Trockendiät nur im Rahmen gewisser Grenzen Erfolg; Zuckerlösungen von hoher Concentration, die St. schon früher für die Behandlung der Hyperacidität des Magens empfohlen hat, wirken durch ihren Einfluss auf die zur Verdünnung des Mageninhaltes führenden Wasserströmungen im Magen, und auch für die Beziehungen gewisser Mineralwässer zu den Magenfunctionen verdienen diese Untersuchungen ein besonderes Interesse. Als wesentlichstes Ergebniss seiner Untersuchungen sieht Votr. die Thatsache an, dass durch sie eine durchaus selbständige, bisher nur wenig beachtete Funktion des Magens in helles Licht gesetzt worden ist. Der Magen erscheint immer mehr als eine Schutz- und Sicherungsvorrichtung für den Darm und die Körpersäfte. — Lenné (Neuenahr): Die Eiweisszufuhr in der Diabetikerdiät. Wie die Nahrungszufuhr im Allgemeinen, so ist namentlich auch das Nhaltige Nährmaterial dem Diabetiker im Verhältniss zu seinem Körpergewichte zuzumessen. Diese Menge der Eiweisszufuhr darf nicht höher gegriffen werden, als einer Harnstoffausscheidung von 0,37 pr. Klgr. Körpergewicht pr. 2—4 Std. bei dem betreff. Individuum entspricht. Je höher der Eiweissbedarf des diabetischen Organismus ist und je schwieriger es gelingt, den Eiweissumsatz auf diese Grenze herabzudrücken, desto schwerer sind die krankhaften Veränderungen des diabetischen Organismus und umgekehrt. — Gumprecht (Jena): Ein neuer Bestandtheil der normalen Spinalflüssigkeit. Der neue Körper ist Cholin, ein Zerfallsprodukt des Lecithins. Es ist auch im Gehirn und in den Nerven vorhanden. Der Abbau des Lecithins ist somit ein Ausdruck für den physiologischen Stoffwechsel der Nervensubstanz. In der Spinalflüssigkeit lassen sich auch Produkte des Eiweissstoffwechsels nachweisen; nach alledem liegt die Vermuthung nahe, dass der Subarachnoidealraum einen grossen Drainageraum darstellt, der zur raschen Abführung der Stoffwechselprodukte des Nervensystems dient. — Weintraud (Wiesbaden): Ueber den Abbau des Nucleins im Stoffwechsel.

Hippur- und Harnsäurebildung sind nach W. zwei von einander völlig verschiedene Prozesse. Ein Theil der ausgeschiedenen Harnsäure bildet sich aus dem Nuclein der Nahrung. Eine Therapie der Gicht und harnsauren Diathese, die sich auf die Annahme stützt, dass die Hippursäure bildenden Mittel die Harnsäure vermindern, ist wenig aussichtsvoll. — L. Schwarz (Prag): Ueber Acetonausscheidung. Eine Ausscheidung des Acetons erfolgt ausser durch die Nieren auch durch die Lungen. Bei leichtem Diabetes wird 70% Aceton durch die Lunge ausgeschieden, bei schwerem nur 34%, doch werden in letzterem Falle noch acetonverwandte Körper durch den Urin eliminiert. Kohlehydrate beschränken die Acetonausscheidung, während dieselbe vom Eiweisszerfall unabhängig ist. Beim Diabetiker ist die Hauptquelle des Acetons wahrscheinlich im Fett zu suchen. — Kraus (Prag): Ueber Züchtung des Typhusbacillus aus dem Stuhle. Alle bisherigen Kulturverfahren hält K. für die Diagnosenstellung bei Typhus für unzureichend, da das Wachstum des Typhusbacillus nicht so charakteristisch sei, um ihn darnach von anderen leicht unterscheiden zu können. Seine neue Züchtungsmethode beruht auf der Thatsache, dass der Typhusbacillus auf zuckerhaltigem Nährboden Gas bildet, zum Unterschiede von dem kein Gas bildenden *Bact. col.* — Bickel (Berlin): Ueber die krampferregende Wirkung der Galle und der gallensauren Salze. B. demonstriert Kaninchen, bei denen durch direkte Auftragung geringer Mengen gallensaurer Salze auf die Hirnrinde resp. durch Einspritzung derartiger Salzlösungen in die Cerebrospinalflüssigkeit ein eigenthümliches Krankheitsbild experimentell erzeugt wurde, das durch mannigfaltige Symptome seitens des Centralnervensystems wie anfallsweise auftretende tonische und klonische Krämpfe, Zwangsbewegungen, maniakalische Anfälle charakterisiert ist. — Max Michaëlis (Berlin): Ueber Sauerstofftherapie. M. hat in den beiden letzten Jahren in der Leyden'schen Klinik an ca. 150 Kranken die Sauerstofftherapie ausgeübt. Diese schon ziemlich alte Therapie — schon 1774 wurde sie in Deutschland ausgeübt und von A. v. Humboldt zu Bergwerksarbeiten benutzt — wurde später verlassen, da sich durch unreinen Sauerstoff öfters Vergiftungserscheinungen einstellten. Jetzt, da es gelungen ist, reinen S. herzustellen, werden keine Nebenerscheinungen mehr beobachtet. M. pumpt unter Zuhilfenahme einer Celluloidmaske S. durch die Nase. Bei dyspnoischen Zuständen infolge Lungen- oder Herzkrankheit, bei Vergiftungen zeigt sich darnach ein subjektives Wohlbefinden, welches dadurch zu Stande kommt, dass der Organismus mehr S. erhält, als ihm die Atmosphäre zu geben vermag. Bei einer Morphiumvergiftung erzielte M. durch Einpressen von S. eine lebhaftere Athmung, bei einer hochgradigen Cyanose, bei der eine intensive Blaufärbung des Gesichtes und der Nägel bestand, erreichte er sogar Heilung. Als specifisches Heilmittel sei die S.-Zufuhr bei Kohlenoxyd- und Morphiumvergiftung zu betrachten. — Wassermann (Berlin): Ueber neue Versuche auf dem Gebiete der Serumtherapie. Nach der Entdeckung des Behring'schen Diphtherieheilserums war die Wissenschaft eifrig thätig, bei anderen Infektionskrankheiten durch Serum Heilung zu erzielen, aber vergebens. Nun hatte Ehrlich u. A. nach-

gewiesen, dass zum Heilserum 2 Substanzen nothwendig seien, die eine im Serum immunisirter Thiere enthaltene und eine zweite im normalen Organismus vorkommende. W. gelang es nun, nachzuweisen, dass bei den bisherigen Heilversuchen bisher nur immer die eine im Immunserum enthaltene Substanz dem erkrankten Organismus zugeführt, während die zweite bisher vernachlässigt wurde. Er hat Thieren, die stark mit Typhusbacillen inficirt worden waren, nicht allein wie bisher Immunserum, sondern auch gleichzeitig normales Blutserum eingespritzt. Die Heilerfolge wurden von da ab besser. Während die mit dem Infektionsserum allein behandelten Thiere der Typhusinfektion erlagen, wurden die nach der neuen W.'schen Methode behandelten alle gerettet. Die W.'schen Versuche eröffnen für die Heilung des Typhus, der Pest, der Cholera neue Aussichten (W.'s Angaben wurden in der Diskussion von Ehrlich (Frankfurt) voll bestätigt). — Von sonstigen Vorträgen seien hier nur noch als für die Prädiatrie weniger Interesse bietend erwähnt: Hildebrandt (Berlin): Ueber eine Synthese im Thierkörper; Löwit (Insbruck): Weitere Untersuchungen über die Parasiten der Leukämie; Türk (Wien): Ueber die Hämatobien Löwits im Blut Leukämischer; Smith (Marbach): Ueber einige neuere Methoden zur Bestimmung der Herzgrenzen; Queirolo (Pisa): Die Magengrenzen und ihre Veränderungen sowie ein neues Verfahren, dieselben zu bestimmen; Agéron (Hamburg): Diagnostische und therapeutische Bemerkungen zum chronischen Magengeschwür; Minkowski (Strassburg): Ueber eine eigenthümliche hereditäre Form von Splenomegalie mit chronischem Icterus; Pick (Prag): Ueber eine eigenartige Lähmungserscheinung bei Hysterie; Riedl (Wien): Ueber den Phloridzindiabetes.

Referate.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Otiatrie. Von Dr. Hermann Netter (Pforzheim).

Fruitnight J. Henry. Die Otitis der Exantheme vom Standpunkte des Paediaters und practischen Arztes. (Med. News 1899. II. p. 11.)

Unter fast 5000 Fällen von Exanthemen, besonders Scharlach und Masern, begegnete Fr. der Otitis media als der häufigsten Complication. Von diesen Patienten war gut ein Drittel das Opfer dieser besonderen Complication. Die Häufigkeit des Auftretens der Otitis media stand in keinem direkten Verhältnis zur Schwere der Allgemeininfektion, da diese Complication sehr häufig in Fällen sehr milder

Natur beobachtet worden war. Fr. betont die Wichtigkeit der jedesmaligen Untersuchung der Ohren des Patienten bei eruptivem Fieber und behauptet, dass er einen Anfall oft abgekürzt oder seine Schwere wenigstens gemildert und das Gehör des Patienten dadurch erhalten hat, dass er diese Complication sofort bei ihrem ersten Auftreten behandelt hat.

Blakely D. N.: Akute Mittelohrentzündung als Complication von Scharlach und Masern. (Arch. of pediatrics. 1899. Juli.)

Nach der Statistik von Bl. hatten 22% der Scharlach- und 45% der Masernpatienten Ohrcomplicationen. Von 649 Patienten hatten 86 akute Mittelohrentzündung. Seine Schlüsse lauten wie folgt: 1) Akute Mittelohrentzündung tritt etwas öfter bei Masern als bei Scharlach auf. 2) Obwohl bei Scharlach eine häufige Complication bei Kindern ist, ist sie bei Erwachsenen seltener. 3) Obgleich sie bei Masern bei Kindern häufiger ist als bei Erwachsenen, ist sie bei den letzteren keineswegs ungewöhnlich. 4) Die Mittelohrentzündung kann zu irgend einer Zeit im Verlauf der Erkrankung beginnen. 5) Man trifft dabei alle Grade der Heftigkeit. 6) Frühzeitige Behandlung dient dazu, den Verlauf des entzündeten Processes abzukürzen. 7) Was die Gefahr für das Leben betrifft, so ist sie keine ernste Complication.

Tansley T. O.: Sollen wir bei akuter Mittelohr- und Mastoidentzündungen Kälte anwenden? Und wie lange? (The Laryngoscope. Nov. 1899.)

T. erörtert die Frage im Allgemeinen und im Anschluss an einen speciellen Fall. Er kommt zu dem Schluss, dass die Anwendung der Kälte bei Mastoiditis mehr schadet als nützt. Dieselbe wirkt schmerzstillend, lässt die äussere Schwellung zurücktreten und markiert so den Prozess im Warzenfortsatz und Antrum. Verf. empfiehlt frühzeitige Operation, besonders wenn die Mittelohr affection den Atticus mitergriffen hat.

Lucae: 5 Wochen anhaltender profuser Ausfluss von Liquor cerebrospinalis ohne Hirnerscheinungen. (Berliner Kl. W. 1899.)

17jähriger Patient, der trotz vorausgegangener Trepanation des Warzenfortsatzes wegen fortdauernder Ohreiterung von neuem operiert wird. Nach Freilegung des Warzenfortsatzes findet man am hinteren oberen Umfang desselben einen 10Pfennigstück grossen Knochendefect, in welchem die Dura freiliegt; letztere bedeckt von einem Sequester, in der Grösse von 1 qcm. Nach Entfernung des Sequester zeigt sich in Dura und Arachnoidea ebenfalls eine Oeffnung, aus der unter gleichzeitiger Blutung Liquor cerebrospinalis massenhaft abfloss, so dass jedes weitere operative Vorgehen aufgegeben werden musste. In den ersten Tagen war der Ausfluss so reichlich, dass der Verband täglich erneuert werden musste. Während dieser ganzen Zeit keine Hirnerscheinungen. L. hält für die Ursache des reichlichen Ergusses von Gehirnflüssigkeit eine Ueberproduction desselben, veranlasst durch die von dem Sequester ausgeübten Reiz.

Gradenigo: Ueber die Diagnose und Heilbarkeit der otischen Leptomeningitis. (Arch. f. Ohrenh., Bd. 46.)

13jähriger Knabe mit akuter linksseitiger Mittelohreiterung, seit

2 Wochen bestehend, begleitet von hohem Fieber und meningitischen Erscheinungen. Im Warzenfortsatz nichts pathologisches. Durch die Paracentese wird viel Eiter entleert. Keine Besserung. Lumbal-punction. In der trüben Cerebrospinalflüssigkeit Leukocyten und virulente Staphylokokken. Allmähliche Heilung.

Gortam Bacon: Ueber die Bedeutung von Operationen im ersten Stadium der Thrombose des Sinus sigmoideus (nach akuter eitrigter Otitis media) mit Bericht über 3 Fälle. (New-York med. Journ. 1899 1. Juli.)

Der erste Fall betr. einen 7jähr. Knaben, der infolge von Erkältung und Tonsillitis an Ohrenscherzen litt und dessen Ohr-entzündung sich trotz energischer antiphlogistischer Behandlung auf die Warzenfortsatzzellen und den Sinus sigmoideus ausgedehnt hatte. Der Sinus wurde gerade eine Woche nach dem Beginn der Ohrenscherzen eröffnet und ein weicher Thrombus daraus entfernt. Im zweiten Fall verstrichen 10 Tage zwischen dem ersten Symptom der Ohrenscherzen und der Operation am Sinus sigmoideus, während im dritten Fall 11 Tage nach dem Beginn des Anfalles ein zerfallener Thrombus entfernt wurde. Daraus würde sich ergeben, dass in 11 Tagen sich bereits Eiter im Sinus gebildet haben kann. B. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Verabreichung von Antipyreticis ist bei keinem Falle von eitrigter Otitis media angebracht. 2) Die bacteriologische Untersuchung des Secrets des äusseren Gehörgangs ist in allen Fällen von eitrigter Otitis media von Wert. 3) Nach Feststellung der Diagnose einer Thrombose muss in einem möglichst frühen Stadium operiert werden. 4) Normale Salzlösungen sind während der Operation bei Sinusthrombose oder unmittelbar darauf anzuwenden.

Schöngut: Ein operativ geheilter Fall von Stirnsinusthrombose otitischen Ursprungs. (Wien. med. W. 1899. p. 1534.)

15jähriges Mädchen mit doppelseitiger Otitis media acuta. Am 5. Tage des Bestehens Paracentese des Trommelfells. Trotzdem dauern die seit dem 3. Krankheitstage bestehenden Schüttelfröste weiter. Am 8. Tage klagt das Mädchen über Schmerzen des ganzen Kopfes, besonders des Hinterkopfes, ferner über solche von grosser Heftigkeit in Nacken und Halsgegend beiderseits. Die ophthalmoskopische Untersuchung zeigt die Netzhautvenen der rechten Seite dicker und stärker gefüllt als linkerseits, die papilla nervi optici rechterseits intensivere Rötung aufweisend. Da die rechte jugularis strangartig bis zum Schlüsselbein tastbar erschien, wurde die Diagnose auf Sinusthrombose gestellt. Am 9. Tage Aufmeisselung des Antrum und Freilegung des Sinus transversus in typischer Weise und Eröffnung des Sinus durch ausgiebigen Längsschnitt. Aus der Schnittwunde des Sinus kamen kaum einige Tropfen dunkelgefärbten Blutes. Beim Sondieren erwies sich der Sinus sowohl in centraler wie auch in peripherer Richtung thrombosiert. Nach Einlegen eines Jodoformgazestreifens gewöhnlicher Verband. Nach der Operation kein Schüttelfrost mehr, 4 Wochen später Heilung.

Young, A.: Bemerkungen über die operative Behandlung otitischer Sinusthrombose. Bericht über einen erfolgreich behandelten Fall. (The Glasgow med. Journ. 1899. Oktober, p. 256.)

Es handelt sich um ein $2\frac{1}{2}$ jähriges Kind. Der Sinus, der dort, wo er sich nach unten und innen gegen Fossa und Bulbus jugularis wendet, thrombosiert war, wurde in einer Ausdehnung von ca. $\frac{3}{4}$ Zoll eröffnet, foetide, dunkelgraue, teilweise zerfallene Thrombusmasse entfernt. Jodoformgazestreifen. Keine Unterbindung der Jugularis. Heilung.

Schraga: Sinusphlebitis ex Otitide chronica. Operation, Heilung. (Monatschr. f. Ohrenh. 1899. p. 440.)

15jähriger Knabe. Bei der Operation kam man auf den von Eiter umspülten Sinus. Die Eröffnung desselben geschah 3 Tage später, als sich deutliche Pyämie eingestellt hatte. Unterbindung der Jugularis. Im Sinus weiche, braunrote Thrombusmassen. Im weiteren Verlauf mussten mehrere pyämische Abscesse gespalten werden. Schliessliche Heilung.

Lewis: Kurze Krankengeschichte von 5 Fällen von Mastoiditis. (New-York med. Rec. 28. XI. 1899.)

L. berichtet über diese Fälle, um zu zeigen, wie schnell und unaufhaltsam sich häufig bei akuter Mittelohrentzündung ernste Complicationen entwickeln und ferner, um einleuchtend zu machen, wie ungefährlich die Mastoidoperation an und für sich ist. Von den mitgeteilten Fällen erwähnen wir folgende:

9jähriger Knabe bekam Mittelohreiterung post scarlatinam und Nasendiphtherie. Das rechte Ohr wurde zuerst ergriffen. Trotz Paracentese des vorgewölbten Trommelfells und Ausspülung mit Sublimat 1 : 6000 in 2 Tagen ausgesprochene Mastoiditis. Die Zellen des Warzenfortsatzes erwiesen sich bei der daraufhin vorgenommenen Operation als mit Eiter gefüllt. Wenige Tage später vereiterten die Halsdrüsen derselben Seite. Ausgiebige Incision und Entfernung nekrotischen Gewebes. Dann erkrankte das linke Ohr ebenfalls mit Beteiligung des Warzenfortsatzes, der eröffnet wurde. Das Allgemeinbefinden des Pat. war schlecht, besserte sich jedoch nach jeder Operation. 3 Tage nach der letzten Mastoidoperation wurde Endo- und Pericarditis entdeckt mit Aortenstenose und Mitralinsufficienz. Die Ohren heilten, doch erlag der Pat. später einer Herzaffection. Der zweite Patient acquirierte acute Otitis media zwei Wochen nach einer Attaque von Tonsillitis. Ohne erkennbare Ursache trat 2 Tage später ein Zustand deutlicher und bedrohlicher Prostration ein. Das Trommelfell war gerötet und vorgewölbt. Aus einer Perforation im hinteren oberen Quadranten kommt Eiter. Ueber dem proc. mastoideus weder Schwellung noch Rötung noch Druckempfindlichkeit. Temperatur $39,5^{\circ}$ C., Puls leicht unterdrückbar, aussetzend, 120 p. Min. Der Warzenfortsatz wurde eröffnet und eine grosse, cariöse, mit Eiter gefüllte Höhle gefunden. Sinus sigmoideus freiliegend, mit Granulationen bedeckt. Im Tegmen tympani eine fistulöse Oeffnung, doch erschien die darüber liegende Dura gesund. Bald nach dieser Operation trat eine Phlebitis im linken Bein und eine Perihepatitis auf, durch welche die Genesung aufgehalten wurde. Das Ohr kam schliesslich zur Heilung.

Cim a F.: Säurebeständiger Bacillus (Smeigmabacillus) im Exsudat der Säuglingsotitis. (Arch. ital. di Otol. Bd. IX. S. 72.)

Auf Grund von 8 Beobachtungen berichtet C., dass man bisweilen im Secret der chronisch-eitrigen Otitis einen säurefesten Bacillus

finden kann, welcher dem Tuberkelbacillus ähnlich ist, aber sich unter die Smegmabacillen classificieren lässt. Der Tuberkelbacillus ist im Mittelohreiter nicht so häufig, als man nach einigen Beobachtungen annehmen könnte. Eine sichere Methode für Entfärbung nach der Behandlung mit Carbolfuchsin ist angesäuertes absoluter Alkohol, 10 Minuten einwirkend.

von zur Mühlen: Ein Fall von Labyrinthnekrose. (St. Peterburger med. W. 1899. Nr. 13.)

2 $\frac{1}{2}$ jähriges, schlecht genährtes anaemisches Mädchen, seit einem Jahr an einer scarlatinösen Mittelohreiterung leidend. Der rechte Gehörgang mit Granulationspolypen ausgefüllt. Facialislähmung. Bei der daraufhin vorgenommenen Radikaloperation erscheint der Processus mastoideus äusserlich vollkommen normal, antrum, aditus ad antrum und Mittelohr jedoch ganz mit Granulationen ausgefüllt. Die Gehörknöchelchen sind nicht zu finden. Entfernung alles Krankhaften. Keine regelmässige Nachbehandlung. 4 Monate später zeigt sich hinter dem Ohr eine kleine Fistel, die Haut der Warzengegend in 29 cm Ausdehnung gangränös. Aeusserst foetide Secretion, auf dem Promontorium stark wuchernde Granulationen, darunter eine weisse Knochenfläche, die sich rauh anfühlt. Nach Ablösung der Ohrmuschel wird mit dem scharfen Löffel ein mächtiges Knochenstück und ein ganzer Bogengang entfernt. An dem entfernten Stück lassen sich alle Schneckenwindungen und der Vorhof erkennen, ebenso der meatus auditorius internus. Heilung mit reverdinschen Transplantationen.

Körner: Ueber intracranielle Complicationen bei Ohreiterungen. (Münch. med. W. 1899.)

K. erläutert an 3 erfolgreich operierten Fällen wie solche Erkrankungen auch dann aufgeunden und beseitigt werden können, wenn eine exacte Lokaldiagnose noch nicht gestattet werden kann. Man hat dann nach den neuerdings auch von v. Bergmann anerkannten Vorschläge K's zunächst die ursächliche Eiterung im Schläfenbein aufzudecken und den Weg zu verfolgen, den der Eiter in das Schädelinnere genommen hat. Der eine der drei Fälle betrifft ein 8 jähriges Mädchen mit operierter Sinusphlebitis. Das Kind stand in der vierten Woche des Scharlach, schuppte stark, hatte Nephritis und beiderseitige, mit weit vorgeschrittener Vereiterung des linken Warzenfortsatzes verbundene Mittelohreiterung. Bei der sogleich vorgenommenen Eröffnung des Warzenfortsatzes fand man den Knochen bis zum Sinus transversus erkrankt. Nach der Operation liess das stark intermittierende Fieber nicht nach. Es wurde deshalb 3 Tage später der Sinus weiter aufgedeckt und stark verfärbt und thrombosiert gefunden. Bei der Incision entleerte sich neben dem Thrombus Eiter aus dem Sinus. Die völlige Ausräumung des Thrombus wurde durch eine starke Blutung von hintenher, die eine feste Tamponade nötig machte, verhindert. Um Verschleppung von Theilen des noch zurückgebliebenen Thrombus zu verhüten, wurde die Jugularis interna nach Exstirpation dreier über ihr liegender Halslymphdrüsen aufgesucht, doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchgeschnitten. Die vernähte Halswunde heilte per primam und nach 5 Tagen waren die Temperaturen normal. Auch die Nephritis heilte. Es musste jedoch nach

einiger Zeit auch der rechte Warzenfortsatz operiert und eine ausgedehnte Nekrose der linken Schläfenbeinschuppe beseitigt werden.

Am Schluss seines Vortrages betont K., dass trotz der erfreulichen operativen Erfolge bei intracraniellen otitischen Eiterungen doch noch viele Kranke der Hirneiterung erliegen. Von den bisher glücklich eröffneten otitischen Hirnabscessen z. B. ist nur die Hälfte geheilt worden. Es ist demnach immer noch der grösste Wert auf die Prophylaxe zu legen. Diese besteht in der sachgemässen und rechtzeitigen Behandlung der Ohreiterungen.

Ueber Balneo- und Hydrotherapie im Kindesalter von Kiralyi.

(Nach einem Vortrage a. d. zehnten ungarischen Balneologen-Kongress. Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 27, 1900).

K. betont die Schwierigkeit, gerade im Kindesalter allgemeine Prinzipien festzustellen, wo doch die Individualisierung als therapeutische Richtschnur wichtiger ist als sonst. Zur Beurteilung sämtlicher Behandlungsmethoden glaubt er drei allgemeine charakteristische Eigenschaften des Kindesorganismus berücksichtigen zu müssen:

1) dass die Körperfläche im Verhältnisse zum Körperraum grösser ist;

2) dass das Nervensystem leichter erregbar ist, daher die Reflexe vom Centrum aus besser beeinflusst werden können und

3) dass der Stoffwechsel gesteigert ist.

Eine spezielle Bedeutung besitzt im Kindesalter das Wasser als symptomatischer Heilfactor in solchen Fällen, wo auf wichtige Lebensfunktionen, so besonders auf die Circulations- und Nervencentren ein Einfluss geübt werden soll, oder bei den antipyretischen Verfahren. Besonders als antipyretisches Mittel entspricht es jenem Erfordernisse, dass es bei möglichster Schonung des Herzens- und Nervensystems die Temperatur in der Weise herabsetzt, dass dabei der Stoffwechsel gesteigert wird und es damit eine antitoxische Wirkung entfaltet. Da der kindliche Organismus gegen die hydropathischen Verfahren grosse reaktive Fähigkeit zeigt, sind sehr kräftige Reizeinwirkungen zu vermeiden und strengste Individualisierung erforderlich. Bei der methodischen Anwendung der hydrotherapeutischen Verfahren kommt es hauptsächlich auf Beeinflussung des Stoffwechsels an. — In der Diskussion hebt v. Kuthy hervor, dass in solchen Fällen wo die methodische Hydrotherapie nicht durchführbar ist, die Leibumschläge den Erfordernissen vollkommen entsprechen; dieselben haben sich hauptsächlich als antipyretisches Verfahren vorzüglich bewährt. — Gross gebraucht ebenfalls in seiner Kinderpraxis auch bei Scharlach eher die feuchten Einpackungen, als Antipyretica.

Goldbaum-Wien.

Die Intubation und die Tracheotomie ausserhalb des Croup.

Von Sargnon. (Klinisch-therapische Wochenschrift No. 12, 13 und 14. 1900.)

Verf. bespricht die Operationstechnik der Tracheotomie und der Intubation und deren Complicationen und dazu die Indication für beide Operationen. Zur besseren Uebersicht stellt er die Indicationen

der Intubation und der Tracheotomie in folgendes Schema zusammen, wobei soviel als möglich die kindlichen Verhältnisse berücksichtigt werden.

Indicationen der Intubationen und der Tracheotomie, die sich aus der Natur und dem Sitze der Erkrankungen ergeben:

I. Supra- und perilaryngeale Erkrankungen.

Ist die Tracheotomie eine dringende Indication.

II. Larynx-Erkrankungen.

A) Traumatische.

1. Bei Verletzungen des Kehlkopfes wird bei Beginn der Asphyxie die Trach. gemacht; bei sehr kleiner äusserer Wunde und nicht eitriger Schwellung des Kehlkopfes und später zur Verhütung und Heilung narbiger Stenosen die Intubation.

2. Frakturen des Larynx. Ist sofort die Intubation zu machen, weil die Tube als innere Schiene dient; macht man die Tracheotomie, so muss man dann eine frühzeitige Dilatation durch Intubation zur Verhütung narbiger Stenosen vornehmen.

B) Entzündliche Erkrankungen.

1. Acute suffocative Laryngitis.

a) Einfache: Intubation.

b) Laryngitis stridulosa: Intubation.

c) Laryngitis acuta verschiedener Natur bei Gicht, Scharlach, Varicellen: Intubation; bei Variola: Intubation oder Tracheotomie; bei Masern im Beginn: Intubation; in der Reconvalescenz: Intubation und bei häufiger Extubation Tracheotomie; bei Laryngotyphus: Oricotracheotomie mit folgender frühzeitiger Dilatation.

2. Oedeme, Abscesse und Perichondritis.

a) Bei nicht eitrigen Oedemen und Erysipel: Intubation. Diese ist aber bei starkem epiglottischem Oedem unmöglich.

b) Bei deutlicher Eiterung: Tracheotomie.

c) In zweifelhaften Fällen: Intubation; wenn Misserfolg, Tracheotomie.

d) Bei leukaemischen und pseudoleukaemischen Oedemen: Tracheotomie.

e) Bei Actinomykose: Tracheotomie bei Trismus, sonst Intubation.

3. Chronische Laryngitis.

a) Bei chronischer Laryngitis: Intubation.

b) Bei Sklerom: Tracheotomie.

c) Bei lepröser Laryngitis: Tracheotomie ohne vorausgegangene Dilatation.

4. Syphilis.

a) In allen Fällen: Intubation; wenn dieselbe nicht vertragen wird bei supralaryngealen Hindernissen und tiefer Stenose: Tracheotomie.

b) Bei allen durch Jod entstandenen Larynxödemen: Intubation.

c) In gemischten Fällen: Tuberculose, Krebs mit Syphilis:

Intubation; dann sobald die Diagnose gesichert ist: Tracheotomie.

5. Tuberculose.

- a) Tracheotomie mit Ausnahme der Fälle von Suffocation bei Entbindungen, bei welchen, wenn möglich, Intubation gemacht wird.
- b) Bei postoperativen Krämpfen: Intubation.

6. Narbenstenosen des Kehlkopfes.

- a) Nicht zu enge Stenosen: Intubation.
- b) Sehr enge Stenosen: Dilatation nach vorausgeschickter Tracheotomie oder Intubation nach endolaryngealer Durchtrennung des Hindernisses.
- c) Stenose nach Tracheotomie. Bei nicht zu enger Stenose: Intubation; bei zu enger: erst Dilatation, dann Intubation.
- d) Stenose nach Intubation: Dilatation.
- e) Diaphragma: Intubation nach endolaryngealer Durchschneidung des Diaphragma.

C) Neuropathische Erkrankungen.

1. Krämpfe: Intubation, mit Ausnahme der Fälle mit unheilbarer Ursache.

2. Lähmungen: Intubation, wenn die Lähmung leicht heilbar ist.

D) Tumoren.

1. benigne: keine Intubation.

2. maligne; Intubation nur in zweifelhaften Fällen während der Dauer der specifischen Behandlung.

III. Tracheal-Erkrankungen.

A) Innere.

1. Traumatische.

- a) Verletzungen und Fracturen: Tracheotomie.
- b) Fremdkörper: Intubation nach Entfernung der Fremdkörper. Bei misslungenen Extractionsversuchen: Tracheotomie.

2. Entzündliche.

Hier gilt als allgemeines Prinzip: Bei Erkrankungen des inneren Theiles der Trachea dieselbe Indicationen wie bei Larynx unter der Bedingung der Anwendung langer Tuben, die bis zum 7.—8. Trachealring reichen.

3. Neuropathische.

Sehr zweifelhafter Natur: Bei Hysterie Intubation vor Tracheotomie.

4. Tumoren: Tracheotomie.

B) Aeussere.

Keine Intubation.

Indikationen, die sich aus den Verhältnissen ergeben: Bei jungen Individuen, Schwangerschaft, insbesondere Entbindung Intubation vorzuziehen.

Zum Schlusse sei noch bemerkt, dass 1) in vielen Fällen die Intubation ebenso wie die Tracheotomie im Stande ist, eine schwere Dyspnoe unmittelbar zu beseitigen.

2) Ist die Tube ein ausgezeichnetes Mittel für rasche Dilatation, während nach der Tracheotomie, wenn man genötigt ist, die Canüle zurückzulassen, die Dilatation sehr langwierig, sehr mühsam und oft

sehr unwirksam ist, da der Kranke verurteilt ist, seine Canüle ständig zu tragen.

3) Bei Stenosen mit zweifelhaftem Sitze bildet die Intubation ein ausgezeichnetes diagnostisches Mittel, während die Tracheotomie eine viel zu schwere Operation ist, um in solchen Fällen verwendet werden zu können. Die Intubation ist daher indiciert bei inneren heilbaren und erweiterungsfähigen Stenosen des Kehlkopfes und des oberen Teiles der Trachea, die Tracheotomie bei unheilbaren oder bei zu tiefen Stenosen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Die rhachitische, habituelle und rhachitisch-habituelle Skoliose. Von Weinberger (Wiener med.-klinische Wochenschrift Nr. 13—17. 1900).

Die rhachitische Skoliose entsteht in der ersten Dentitionsperiode und betrifft in der Regel primär den dorsalen und lumbalen Teil der Wirbelsäule, infolge Tragens des Kindes auf dem linken Arme, dabei ist die Krümmung meist nach links convex. Die einfach rhachitische Scoliose führt niemals zu einer stark auffallenden Verunstaltung und heilt innerhalb der ersten zwei Jahre. Die habituelle Scoliose ist eine Erkrankung der Pubertätszeit, ihre Ursachen sind meist constitutionelle Erkrankungen und verschiedene Schwachzustände, weitere schädliche aetiologische Momente sind schwerer Beruf, sitzende Lebensweise, fehlerhafte Haltung beim Schreiben etc. Die habituelle Scoliose entwickelt sich langsam, bei ihr ist immer ein Segment nach der einen, das benachbarte nach der anderen Seite gekrümmt. Die rhachitisch-habituelle Scoliose entwickelt sich in der Zeit zwischen den beiden Dentitionsperioden, ist progressiv und führt zu den hochgradigsten Entstellungen; sie unterscheidet sich von den früher genannten Formen dadurch, dass bei ihr eine Hälfte des Wirbelsystemes und die Hälfte des nächstanschliessenden anderen Segmentes nach der inneren Seite, während die weiter sich anreihenden Hälften verschiedener Segmente compensatorisch entgegengesetzt gekrümmt sind. Bei allen drei Formen bilden sich secundäre Veränderungen an Bändern, Knochen des Rumpfes und den Muskeln aus, infolge der Beengung des Thoraxraumes kommt es zu Störungen der Athmung und der Circulation. Die Therapie besteht in Kräftigung der Constitution, Corsetbehandlung, Gymnastik. Scoliosen bei bereits 10 jährigen Kindern sind einer nennenswerten Correction kaum mehr fähig. Wichtig ist die Prophylaxe, welche besonders in der Schule geübt wird, wie Controlieren der Haltung, richtige Construction der Schulbänke u. s. w.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Verwendung des Epicarin in der Dermatologie. Von Pfeffenberger. (Klinisch-therapeut. Wochenschrift Nr. 19. 1900.)

Pf. hat bei 50 Kindern, die an Scabies und Prurigo litten, Versuche mit Epicarin mit ausgezeichnetem Erfolge angestellt. Er wendete eine 7% Salbe an mit folgender Wirkungsweise: a. bei Scabies. Der am meisten belästigende Juckreiz schwand in der

Mehrzahl der Fälle nach der ersten oder sicher nach der zweiten Einreibung. Die ganze eingeriebene Haut wurde rot, trocken, spröde und zeigte in den obersten Epithelschichten Risse. Um nun die Haut nicht zu spröde werden zu lassen und um die Abschuppung zu beschleunigen, wurden die Kinder nach zwei oder drei Epicarineinreibungen mit ung. diach. simpl. ein- bis zweimal eingerieben, wobei jedesmal an dem der Behandlung mit Diachylonsalbe folgenden Tage ein warmes Bad gegeben wurde. Mit der Abschuppung verloren sich auch die Milbengänge. Zeigten sich nach zwei Bädern noch verdächtige Stellen oder trat wieder Juckreiz auf, so wurde aufs Neue eine Epicarineinreibung gemacht, doch reichte man selbst in den schwersten Fällen mit höchstens fünf bis sechs Einreibungen aus. Als letzte, die Haut glättende Arbeit erfolgte immer noch eine Einreibung von ung. diachyl. oder ung. zinci. Nach der abgelaufenen Cur war die Haut vollständig glatt, zart und rötlich schimmernd, welche Färbung noch längere Zeit blieb. b. bei Prurigo. Ebenso rasch wie bei Scabies war die Wirkung bei Prurigo, wo der Juckreiz stets nach der ersten Einreibung schwand. Bei der Schuppung verloren sich die Knötchen vollständig und die Haut wurde, ausgenommen die rote Färbung, wieder normal. c. bei Eczema. Hier hat Pf. keine Erfolge gesehen.

Die Epicarinsalbe wurde folgendermassen ordiniert:

Rp. Epicarin 7.0
 Cret. alb. 2,0
 Vaseline alb. 30.0
 Lanolin 15.0
 Axung. porc. 45,
 Mf. unguentum

Goldbaum-Wien.

Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit. Von L. Wickel (Münch. Med. Wochenschrift No. 8, 1900.)

Die F. K. beginnt meist im Kindesalter, hereditär, familiär und ist progressiv. Lokomotorische und statische Ataxie, choreatische Störungen, leichte Kyphose, Nystagmus, erschwerte lallende Sprache, leichte Nervenschmerzen, Tachycardie, Schweisse, Salivation, später Spitzfusstellungen, Beteiligung der Psyche setzen im Wesentlichen das Bild und den Verlauf zusammen. Daraus ergibt sich die differentialdiagnostische Entscheidung für den geschilderten Fall; in derselben käme ernstlich nur eine Lues spinalis in Frage, die sich aber nicht begründen liess. Der Vater starb an Phthise. Sonst keine anamestische Belastung. Das Kind war immer schwächlich, lernte im zweiten Jahre gehen, Gang immer schwankend, Neigung zu Durchfall, Krämpfe, in der Schule geistig normal, im 11. Jahre begann die Aufmerksamkeit ihm schwer zu fallen, seit dem 9. Jahre nimmt das Schwanken zu, Schrift unschön, heiteres, munteres Wesen. 12 $\frac{1}{4}$ Jahr alt zur Untersuchung gelangt: Breitspurige Stellung mit vorgeneigtem Kopf, fortwährendes Balanciren, Umfallen bei Augenschluss (Romberg). Athetotisch-choreatische Bewegung aller Körpermuskeln, der Zunge u. a. m., rechts wie links, auch im Sitzen und Liegen, Ruhe im Schlaf,

Athmung ruhig, Gang und Bewegungen ataktisch. Sensibilität, Muskeleerregbarkeit normal, Reflexe fehlen, Nystagmus, Pupillenreaktion normal, kein Kopfschmerz oder Schwindel, Achseldrüsen und Inguinaldrüsen vergrössert. Alle übrigen Befunde normal. Eine Progressivität des Leidens lässt sich feststellen. Jodkali und Elektrizität ohne Wirkung. Spiegelberg-München.

Die Veränderungen der Leber bei der Gastroenteritis der Säuglinge. Von Eugène Ferrien. (Rev. mens. des mal. de l'enf. Bd. XVIII. 1900.)

Verf. giebt zunächst nach einem historischen Rückblick eine Beschreibung der normalen Leber des Neugeborenen. Bei derselben fehlt die Läppchenbildung, das Bindegewebe ist sehr reichlich vorhanden, die Blutgefässe sind sehr zahlreich, und man findet häufig selbst in normalem Zustand einige Rundzellen um die Gallengangcapillaren. Um die pathologischen Veränderungen der Leber bei der Gastroenteritis zu studieren, hat F. 20 Fälle von uncomplicierten acuten und chronischen Magendarmkatarrhen untersucht. Die Farbe des Organs ist ebenso wechselnd wie die Grösse. Auffallend häufig findet man die sog. infektiösen Flecke, wie sie von den Infektionskrankheiten her bekannt sind. Das Gewicht ist sehr vermehrt. Die microscopische Untersuchung ergiebt meist eine Fettinfiltration. Die parenchymatösen Veränderungen sind zwar häufig, stehen aber hinter denen der anderen Gewebselemente zurück. Sie zeigen sich hauptsächlich als Rundzelleninfiltration um die Pfortader und Capillaren. Die Centralvene ist meist intact, dagegen trifft man oft auf erweiterte Capillaren, welche mit roten Blutkörperchen vollgepfropft sind und deren Wandungen stark verdickt und infiltriert sind. Die Leberzellen sind durch Züge von Rundzellen auseinandergedrängt. Die Bilder haben grosse Aehnlichkeit mit denen bei der hereditären Syphilis. Die Fettinfiltration kann so stark sein, dass man fast keine Struktur mehr erkennt. Fettdegeneration findet man sehr selten.

Zwischen den kinischen Formen und den versch. Graden der Leberveränderungen lassen sich Beziehungen aufstellen. Bei den acuten Fällen findet sich fast constant eine Congestion der Capillaren; Veränderungen der zelligen Gewebe sind selten; das Protoplasma erscheint dann homogen fast hyalin. In dem Lumen der Gefässe sind schon viele Leucocyten. Fett ist wenig oder gar nicht vorhanden. Bei den subacuten Formen lässt sich dann ein gewisser Grad von Capillaritis feststellen. Die Veränderungen der Zellen sind noch nicht weiter vorgeschritten wie bei den acuten Fällen, ebenso wie auch die Fettinfiltration noch gering ist; dagegen zeigt sich in den Zwischenräumen der Leberzellen schon Infiltration von embryonalen Zellen und ebenso Neubildung von Gallengängen. In den chronischen Fällen überwiegt das Auftreten von Bindegewebe, die Entzündung der Capillaren ist sehr stark, man findet sehr viele neugebildete Gallengänge, die embryonale Infiltration ist sehr ausgesprochen, ebenso die Veränderung an den Leberzellen. Letztere sind oft sehr stark mit Fett angefüllt.

Zwischen der Schwere der Erkrankung und den Veränderungen

in der Leber bestehen keine constanten Beziehungen, nur zwischen diesen und der Dauer der Krankheit.

Die spezielle Untersuchung der Veränderungen an den einzelnen Gewebeelementen lässt dieselben identisch mit denen bei den Infektionskrankheiten erkennen. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Auf welche Weise die Leberkrankung zu Stande kommt, ob durch Infektion vom Darm aus, ob allein durch Kachexie, ob durch alimentäre oder bacilläre Intoxication, ob durch Autointoxication, darüber sind die Ansichten noch sehr geteilt. Irgend etwas Spezifisches ergibt sich für die Leberaffektion bei Gastroenteritis nicht. Die Häufigkeit ist jedenfalls eine sehr grosse; die Veränderungen sind aber bei den reinen Formen von Magendarmkatarrh nicht so ausgesprochen wie bei den mit subcutanen Abscessen und Bronchopneumonien complicierten. Zum Schluss erörtert Verf. die Beziehungen der Lebererkrankung bei Gastroenteritis zu der Lebercirrhose, welche jedenfalls bestehen.

Die Arbeit ist mit guten Illustrationen versehen.

Behrens-Karlsruhe.

Beitrag zum Studium über den Hochstand des Schulterblattes. Von Nové-Josserand und Brisson. (Rev. mens. des mal. de l'enf. XVIII. 1900.)

Diese Deformität wurde zuerst 1891 von Sprengel beschrieben. Die Verff. geben an der Hand eines von ihnen beobachteten Falles und der bisher über diesen Gegenstand erschienenen Literatur ein klares Bild dieser Affektion. Sie wurde in den verschiedensten Altersklassen beobachtet. Meist ist nur eine Seite ergriffen, die rechte ein wenig häufiger befallen wie die linke, nur einmal beide Schulterblätter. Subjektive Beschwerden bestehen fast gar nicht, nur wurde mehrere Male beobachtet, dass der Arm der betreffenden Seite nicht ganz gehoben werden konnte. Das ergriffene Schulterblatt steht nicht nur hoch, sondern der untere Winkel ist auch der Wirbelsäule genähert. Der ganze Knochen ist etwas atrophisch. An den das Schulterblatt bewegenden Muskeln ist keinerlei Abnormität festzustellen, sodass dasselbe frei beweglich ist. Auch an dem betr. Schultergelenk findet sich nichts Krankhaftes. Die Wirbelsäule zeigt entweder kyphotische oder scoliotische Verkrümmungen, aber nur leichtesten Grades und nicht in allen Fällen. Die Convexität der event. Skoliose ist nicht immer auf der gleichen Seite des hochstehenden Schulterblattes.

Aus all dem und daraus, dass in keinem Fall ein Trauma vorgeing, ergibt sich, dass die Deformität nur congenitalen Ursprungs sein kann. Hierfür spricht auch, dass mehrere Autoren ein gleichzeitiges und gleichseitiges Vorhandensein einer Hemiatrophia facialis beobachteten.

Sichtbare Erscheinungen macht die Affection nur in ganz geringem Grade; dies ist wohl der Grund, dass man dieselbe bisher übersehen hat. Irgend welche therapeutischen Eingriffe haben keinen Wert.

Behrens-Karlsruhe.

Zwei Fälle gonorrhöischer Arthritis beim Kind. Arthritis des Sterno-Claviculargelenks. Arthritis des Hüftgelenks. Von J. Halle. (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1900.)

Im ersten Falle handelte es sich um ein 7jähriges Mädchen, welches an Vulvovaginitis litt. Die Localisation am Sternoclaviculargelenk ist auch beim Erwachsenen äusserst häufig, so dass schon allein aus dem Ergriffensein dieses Gelenks auf spezifische Infection geschlossen werden kann. Das Kind hatte seine Vulvovaginitis von der Mutter; der Ausfluss bestand schon einen Monat; 14 Tage nach dem ersten Bemerken desselben klagte das Kind über Schmerzen in den Knien und Gelenken. Dieselben verschwanden bald, aber es trat eine Anschwellung am linken Schlüsselbein auf, die Haut rötete sich, und allmählich bildete sich ein Torticollis aus. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergab keinen Anhaltspunkt, so dass die Diagnose nach der bact. Untersuchung des Ausflusses gesichert war. Die Behandlung bestand nur in Umschlägen und vaginalen Ausspülungen mit Kal. permang. Der Ausfluss hörte nach 14 Tagen auf, aber die Gelenkschwellung verschlimmerte sich so, dass man nahe daran war, chirurgisch einzugreifen. Allmählich ging die Entzündung zurück und es trat vollständige Heilung ein.

Der zweite Fall betraf ein 5jähriges Mädchen, welches schon längere Zeit an Vulvovaginitis litt, die nur vorübergehend behandelt worden war. Die Krankheit begann mit Hinken, es stellten sich so heftige Schmerzen ein, dass das Kind weder stehen noch gehen konnte. Der Oberschenkel wurde gebeugt und adduciert gehalten. Das Kind klagt permanent, die leiseste Berührung ruft heftigste Schmerzäusserungen hervor. Es bestand Fieber. Die Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für tuberkulöse Coxitis, woran man zunächst denken musste. Der Trochanter war nicht von der Nélatonschen Linie abgewichen, die inneren Organe waren vollständig intact, keine hereditäre Belastung, die rasche Entwicklung des Zustandes und bestehende Vulvovaginitis sicherte die Diagnose einer gonorrhöischen Hüftgelenkentzündung. Auch in diesem Fall bestand die Behandlung nur in Vaginalausspülungen und feuchten Umschlägen. Heilung in ca. 8 Wochen. Verf. hält es in diesen Fällen für richtig, den primären Herd (hier die Vulvovaginitis) vor allem zu behandeln.

Behrens-Karlsruhe.

Ueber die exanthematische Form des Kindertyphus (sehr starke Entwicklung der Roseola-Flecken). Von E. Weill und Ch. Lesieur. (Rev. mens. de l'enf. XVIII, 1900.)

Die Verff. haben die innerhalb 6 Jahren beobachteten 280 Typhusfälle bei Kindern einem genauen Studium unterworfen und kommen zu folgenden Schlüssen: 1. Man kann unterscheiden:

- a. Leichte Formen, wo Exanthem und Enanthem (d. h. Erscheinungen seitens des Darmkanals Ref.) gleichmässig wenig ausgesprochen sind.
- b. Schwere Formen, wo die Störungen des Darmtractus gleich stark mit der Hauteruption auftreten.

2. Unter den mittelschweren Formen, welche die zahlreichsten sind, befindet sich eine, die exanthematische, welche charakterisiert ist:

- a. durch das Hervortreten der Eruption der Roseolaflecken;
- b. durch die Abschwächung der intestinalen Symptome;
- c. durch die gute Prognose.

3. Die grosse Menge der Roseolaflecken giebt nur dann ein günstiges prognostisches Zeichen, wenn sie mit dem vollständigen Fehlen oder doch Abschwächung der Darmstörungen einhergeht; die günstige Prognose bleibt auch in scheinbar schweren Fällen bestehen.

Es ist zu bemerken, dass die exanthem. Form mit dieser guten Prognose nicht nur bei Kindern beobachtet wurde. Diese Krankheitsart ist relativ häufig, sie kam unter den 280 Fällen 58 mal vor. Die Flecke können sich über den ganzen Körper verbreiten. Sie erscheinen meist am 8. oder 10. Krankheitstag, event. auch schon am 4ten. Wenn die Darmstörungen auch ganz fehlen oder zum mindesten sehr abgeschwächt sind, so sind die Erscheinungen seitens des Nervensystems, das Fieber u. s. w. die gleichen wie bei den typischen Fällen, ja besonders erstere können sehr schwer sein. Die Krankheit hat eine kurze Dauer, das Fieber schwand meist in 8—10 Tagen. Rückfälle wurden beobachtet, waren aber immer bedeutungslos. Die Sterblichkeit der exanthem. Typhusfälle war = 0. Die Behandlung bestand in kalten Bädern.

Behrens-Karlsruhe.

Gesundheitspflege.

Die im vorigen Jahre gegründete, zur Zeit 361 Mitglieder zählende Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege hielt vom 7—9 Juni d. J. in Zürich ihre erste Jahresversammlung ab. Die gehaltenen Referate, welche zum Teil in dem eben herausgabten Jahrbuch der Gesellschaft gedruckt vorliegen, betrafen „die Verwahrlosung vom medizinischen Standpunkt aus“ (Referent Prof. für Hygiene Dr. Girard in Bern); die „Konstruktion von Böden, Wänden und Decken in Schulhäusern und Turnhallen“ (Referent Stadtbaumeister Geiser in Zürich); die „Ferienkolonien“ (Referent Pfarrer W. Bion in Zürich) und die „hygienischen Anforderungen an den Stundenplan“ (Referent Rektor Dr. Werder in Basel). Das letztgenannte Thema bot Gelegenheit, die Ueberbürdungsfrage anzuschneiden, wobei sich auf Seiten der erschienenen Pädagogen wie Mediziner in gleicher Weise die Meinung geltend machte, dass „abzurüsten“ sei; die Stundenpläne seien von unten an zu stark belastet. Die Mittwoch- und Samstagnachmittage sollten unter keinen Umständen mit Schulstunden besetzt werden. Die Anordnung der Schulstunden soll derart ge-

schehen, dass sich ein wohlthuender Wechsel und mit ihm die Möglichkeit ergibt, die Hausaufgaben gleichmässig zu verteilen. Zwischen den einzelnen Unterrichtsstunden haben viertelstündige Pausen einzutreten. Die Gesamtdauer der Schulferien soll mindestens 10 Wochen (3 im Frühling, 4 Sommer, 2 im Herbst, 1 zu Weihnachten) betragen. Grösserer Raum im Stundenplan sei auch den körperlichen Uebungen zu verschaffen und es soll auf die Einrichtung öffentlicher Spielplätze hingewirkt werden. Mit den Hygienikern hätten die Lehrer Hand in Hand zu gehen und es wäre zur Erreichung dieser Aufgabe des Zusammenwirkens die Gesundheitslehre als obligatorisches Lehr- und Prüfungsfach (wie es z. B. im Züricherischen Lehrerseminar in Küssnacht der Fall ist) in den Lehrerbildungsanstalten einzuführen. — Hinsichtlich des Ausbaues der Ferienkolonien, welche als unter pädagogischer Leitung stehende Landaufenthalterholungsbedürftiger Schüler ihren Ursprung in der Schweiz haben — Pfarrer Bion ist ihr Schöpfer —, sprach sich die Versammlung dahin aus, dass überall die Errichtung eigener Verpflegungshäuser anzustreben sei, in denen erholungsbedürftige Kinder zu jeder Zeit Aufnahme finden können, ohne dass sie dadurch in ihrem Schulunterrichte eine wesentliche Störung erfahren. — Was die technische Frage der Konstruktion von Böden, Wänden etc. in Schulhäusern anlangt, so pflichtet die Versammlung dem Referenten bei, der statt des bisherigen Systems der Zwischenbalkendecken mit Schuttauffüllung Ersetzung dieser durch eisernes Gebälk mit massiver Ausfüllung, wie es bei den neuesten Züricher Schulhäusern angewendet wurde, empfiehlt. An Stelle der Holzböden soll ein Belag mit Linoleum oder Kork treten. — Die über die Verwahrlosung aufgestellten und angenommenen Thesen, welche eine Anzahl Massnahmen zur Bekämpfung der sittlichen Gefährdung wie Beeinträchtigung der Kinder enthalten, werden dem eidgenössischen Justizdepartement zugeleitet werden, damit die darin ausgesprochenen Gedanken bei Ausarbeitung des schweizerischen Strafrechtes und Ausführung des Artikels 62 bis der Verfassung Berücksichtigung finden mögen. Mit der Jahresversammlung war eine instruktive schulhygienische Ausstellung verbunden, in welcher den Teilnehmern der Versammlung Demonstrationen von fachmännischer Seite gegeben wurden.

Frkftr. Ztg.

Rezensionen.

Kinderhygiene vom medicinisch-pädagogischem Standpunkte. Von Dr. Emil Seyler. Leipzig, Otto Borggold, 1899. Preis 2 Mark 40 Pf.

Der Verf. hat es sich zur Aufgabe gesetzt, in dem vorliegenden Werke „keine Schrift von wissenschaftlichen Werke für Fachgenossen zu schaffen, sondern seine Lektüre für Familienhäupter und Einzelne,

die dieser Frage ein Interesse entgegenbringen, in die Oeffentlichkeit zu setzen.“ Diese Aufgabe ist dem Autor in glänzender Weise gelungen. Die Sprache des Buches ist leichtverständlich, erhebt sich aber doch oft zum poetischen Schwunge, z. B. in den Kapiteln über geistige Pflege. Die Erörterung aller Hypothesen ist vermieden, ebenso der Gebrauch aller wissenschaftlichen Ausdrücke. Der Inhalt umfasst alles Wissenswerte über die Pflege der Kinder in übersichtlicher Anordnung. Das Buch kann nicht allein Eltern und Lehrern, sondern auch Aerzten empfohlen werden. Besonders letztere werden dem Werke manche Anregung verdanken, da alle neueren fachwissenschaftlichen Untersuchungen bei der Abfassung des Buches herangezogen worden sind.

Loewy-Bunzlau.

Ueber die sog. frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren. Von Dr. A. Sternfeld. Wien, Adolph W. Künnast, 1900.

Die Frage, ob der 1. Molarzahn gegen das Ende des 12. Lebensjahres, d. h. zur Zeit des Durchbruches der 2. permanenten Molaren entfernt werden soll, um diesen letzteren und den respektiv durchbrechenden 3. Molaren, den sog. Weisheitszähnen sowie auch den nach vorne gelegenen Bicuspidaten und Caninen Raum zu schaffen und anomale Zahnstellungen zu verhüten, beschäftigt seit dem Jahre 1888, in welchem die Arbeit Andrieu's erschien, immer und immer wieder die beteiligten Fachkreise. Während Andrien und mit ihm viele tüchtige Zahnärzte die Entfernung des 1. Molaren als unbedingt nötig erachten, eine andere Reihe von namhaften Fachgelehrten, wie Röse, Fenchel u. A. sie direkt verwerfen, geht St. die goldene Mittelstrasse und sucht in dieser Arbeit darzulegen, dass, wenn nicht ganz bestimmte Gründe vorhanden sind, welche die Extraktion ratsam erscheinen lassen, kein Anlass vorhanden ist, die Thätigkeit des sechsjährigen Molaren mit dem 12. Lebensjahre abzuschneiden. Als solche bestimmte Gründe bezeichnet St. 1) Caries der betr. Zähne, 2) Missverhältniss der Grösse zwischen Kiefern und Zähnen und 3) Schiefstand bez. Gedrängtstehen der Zähne. Während die ersten 2 Gründe ohne Weiteres einleuchten, geht St. auf den 3. noch etwas genauer ein und legt dar, dass als Mittel zur Hebung von Raum-mangel die Extraction der sechsjährigen Molaren deshalb zu bevorzugen sei, weil dieselben nach den Ergebnissen der Statistik die häufigsten unter allen Zähnen seien und weil der durch die Wegnahme derselben geschaffene Raum nicht nur den 2. und 3. Molaren, sondern auch den Bicuspidaten und Frontzähnen zugute kommt. Als günstigsten Zeitpunkt dazu bezeichnet St. das Alter von 11½ bis 13 Jahren, d. h. die Zeit, in welchem zwar die deutlichen Zeichen des beginnenden Durchbruches des 2. Molaren vorhanden sind, letzterer aber noch nicht wirklich durchgebrochen ist. Dass natürlich erst nach reiflichem Studium besonders auch an Modellen der Entschluss zu fassen sei, in welcher Weise man im gegebenen Falle vorzugehen habe, bedarf wohl nicht noch eingehender Begründung. Schliesslich erwähnt St. noch, dass es in manchen Fällen zweckmässig ist, von der Regel,

dass wenn ein Zahn behufs Schaffung von Raum extrahiert wird, auch sein Antagonist zu entfernen ist, abzugehen, so z. B. wenn der Antagonist eines unteren 1. Molaren, der obere 1. Molar, gesund, sein Nachbar, der 2. Bicuspis, dagegen anormal ist. Der Arbeit ist ein reichhaltiges Literaturverzeichnis was eine grosse Anzahl (97) zur Illustration des Gesagten dienender guter Abbildungen von Kiefermodellen beigelegt.

Baron-Dresden.

Wegweiser zur Ausführung ärztlicher Kurvorschriften, zugleich Verordnungsbuch für Aerzte. Von Dr. F. Schönenberger. II. Aufl. Berlin, Wilh. Möller, 1900. Preis 20 Pf.

Das Büchelchen soll dazu dienen, dem Arzte die Mühe zu ersparen, eine Verordnung dem Patienten, resp. dessen Angehörigen oder Pfleger immer und immer wieder genau zu beschreiben, es soll vielmehr diese Personen in den Stand setzen, bei der Kur genau den ärztlichen Vorschriften entsprechend zu verfahren. In diesem Sinne verdient es wohl, empfohlen zu werden, da es klar geschrieben ist, alles Wichtige enthält und die verschiedensten Methoden deutlich vorführt, ja sogar noch einige Abbildungen giebt. Es werden abgehandelt: Abwaschungen, Abreibungen, Bäder, Güsse, Douchen und Brausen, Dampfbäder, heisse Auflagen, Inhalationen, Packungen, Kompressen, Ausspülungen, Gurgelungen, Klystiere, Licht- und Sonnenbäder, Athemgymnastik, Massage, Anwendung des Citronensafts (!?) und die Diät. Sehr erfreulich ist es, dass dadurch es durchaus vermieden wird, die Anwendung der verschiedenen Methoden mit den einzelnen Krankheiten und Krankheitszuständen in Verbindung zu bringen, oder letztere auch nur zu schildern, der Gebrauch des Büchelchens zu kurpfuscherischen Zwecken ausgeschlossen ist. Wenn einerseits vieles, was absolut selbstverständlich erscheint, besprochen wird, so geschieht dies, weil der Verf. mit Recht voraussetzt, dass man bei Laien viel weniger Kenntnisse und Verständnis vorfindet, als man zu glauben geneigt ist; nur wenn andererseits hier und da etwas vermisst wird, z. B. die Angabe der Temperatur von Bädern, Umschlägen u. dgl. oder die Dauer der einzelnen Prozeduren u. s. w., so ist dies mit der Absicht unterlassen, überall der speciellen Anordnung des Arztes das zu überlassen, wozu die Kenntnisse und Ueberlegung des Laien nicht ausreicht. Dies hat den Collegen der Verf. auch noch dadurch erleichtert, dass er dem Hefte eine Anzahl Formularblätter beigelegt hat, in die auf der einen Seite vom Arzte die genaueren Diätvorschriften, auf der anderen Seite die speciellen Verordnungen anderer Art genau schriftlich fixiert werden können, so dass hierdurch bestimmt Irrthümer vermieden werden. Der billige Preis erleichtert es, dass dieses Heft zahlreichen Patienten ausgehändigt werden kann.

Wulff-Oldenburg.

Ueber orthopädische Apparate. Von Dr. A. Blencke. München, Seitz und Schauer, 1900. Preis 80 Pf.

Jeder orthopädische Apparat soll sich der Deformität genau anpassen, möglichst einfach und leicht sein und fest anliegen, ohne zu drücken. Für den Rumpf kommen besonders in Betracht das

Hessing'sche Stoffkorsett mit eingelagerten Stahlschienen, in schwereren Fällen ein Korsett aus starrem Material, Celluloid oder Hornhautleder. Die vorrätig gehaltenen Apparate der Bandagisten sind ganz unzweckmässig, zumal bei Spondylitis. Hier sind vielmehr die starren Korsetts angebracht, oder auch das Gipsbett, das trotz seiner Schwere von den Kranken meist gut vertragen wird. Das Korsett ist, mit Trochanterbügel versehen, auch bei manchen congenitalen Hüftgelenksluxationen zu verwenden, wofern nicht die unblutige Reposition nach Lorenz oder die Pfannenbildung nach Hoffa angezeigt ist. Für die untere Extremität sind die Schienenhülsen-Apparate sehr vervollkommenet, die in jeder gewünschten Weise Fixation und Entlastung, Korrektur der Deformität und Beweglichkeit ermöglichen und die Anzeige für die Operation sehr eingeschränkt haben.

Behm-Pyrmont.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Behandlung des Keuchhustens mit Schutzpockenimpfung. Von Guercini.

G. hat 195 Fälle von Keuchhusten mit Schutzpockenimpfung behandelt. 102 Kinder wurden im acuten Stadium der Erkrankung geimpft. In 24 Fällen nahmen die Anfälle nach der Entwicklung der Impfpusteln merklich ab und die Kinder waren in kurzer Zeit (1—2 Wochen) geheilt. In 72 Fällen wurden die Anfälle nach der Entwicklung der Pusteln ebenfalls seltener und schwächer, doch wurde gänzliche Heilung erst in 3—4 Wochen erzielt. In 6 Fällen wurde keinerlei Besserung erzielt und die Krankheit dauerte 8—9 Wochen. Von 43 praeventiv geimpften Kindern blieben 34 frei von Keuchhusten, 9 bekamen die Krankheit in leichtem Grade. Von 108 nicht geimpften, sondern in der üblichen Weise behandelten Kindern starben acht an katarrhalischer Pneumonie, die anderen wurden in viel längerer Zeit geheilt, als die geimpften. (Gaz. d. osp. 1900.)

Goldbaum-Wien.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
 Ichthyol 1,0
 Collod. 9,0
 DS 2—3 mal tgl. zu bepinseln
 (nach spontaner Abhebung
 der dicken braunen Decke
 ist von neuem zu bepinseln.)
 Naevi (Unna).

Rp.
 Menthol. 1,0
 Tct. Ratanh.
 Spir. vin. concentr. aa. 50,0
 DS $\frac{1}{2}$ Kaffeel. auf 1 Glas Wasser;
 zur Mundausspülung.

Rp.
Tct. Ratanh.
Tct. Gallar aa. 12,0.
Resorcin 3,0
Menthol. 0,25
DS 2mal tgl. zur Pinselung.
Stomatitis (Ctbl. f. Therap.).

Rp.
Natr. benzoic. 0,2--0,3
Lith. benzoic. 0,03--0,05
Salol. 0,1--0,2
Mf. pulv. DS tgl. 2--4 Pulver.
(Ibid.)
Harnsaure Diathese.

Rp.
Tct. Colomb.
Tct. Ratanh. aa. 10,0
Syr. Aur. Cort. 20,0
DS 3mal tgl. $\frac{1}{2}$ Kaffeel. voll.
(Ibid.)

Enteritis chronic.

Rp.
Jodoform. 1,0
Extract. Bellad. 0,1
Extract. Hyoscyam. 0,2
Vaselin. 20,0
Mf. ungt DS Salbe.
(Ibid.)
Haemorrhoiden.

Kleine Mitteilungen.

Das Schweizerische Impfinstitut in Laufthama (Institut vaccino-gène Suisse) Felix und Flück hat zu Impfzwecken ein Impf-Necessaire konstruiert, welches durchaus empfehlenswert ist. Es ist einfach konstruiert, sehr praktisch in seiner Anwendung und leicht aseptisch zu halten. Es enthält alles zur Impfung nach den Geboten der Hygiene und modernen Impftechnik unentbehrliche Material. Die Gegenstände aus Metall sind fein vernickelt und das ganze findet sich in elegantem Etui aus poliertem Nussbaum vereinigt. Der Preis des kompletten Impfbestocks ist ein mässiger zu nennen und beträgt 12 Mark 50 Pf. Die Zahl der vorhandenen Impfpflanzen ist 6, kann aber auf Wunsch erhöht werden (pro Stück 50 Pf.). Auch können Impfpflanzen mit vernickelter Stahlspitze (Preis 2 Mk.) oder mit Iridiumplatin Spitze (Preis 4 Mark 50 Pf.) bezogen werden. — Die von dem Institut hergestellte und verschleissste animale Lymphe wird unter staatlicher Kontrolle erzeugt und nach bakteriologischer und klinischer Richtung von den staatlichen Behörden geprüft. Sie wird in konzentrierter und flüssiger Form versandt, behält ihre Wirkungskraft je nach Jahreszeit 40--60 Tage und ergaben die Erstimpfungen derselben überall 99--100% Erfolge. — Die Hauptniederlage und Bezugsquelle aller von der Firma hergestellten Instrumente, Präparate etc. befindet sich für Deutschland bei D. Szamatolski, Engel-Apotheke in Frankfurt a. M.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

August 1900.

Heft 8.

Inhalt: Originalien: Feuchtwanger, Ueber Citrophen gegen Keuchhusten, 169. -- Referate: Netter, Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhino - Laryngologie, 170. — Mardoen, Diphtherie. — Bertheraud, Lungentuberkulose, 174. — Lippmann, Rückfälle, 175. — Swarzensky, Funktionelle Herzgeräusche, 176. — Jemma, Proteolitische Bakterien, 176. — Keller, Säuglingsernährung, 177. — Johannessen, Hypertrophische Dilatation des Dickdarms, 178. — Breton, Appendicitis, 179. — Fothergill, Infantile Diarrhoe, 179. — Nobécourt, Ausscheidung von Zucker durch den Urin, 180. — Bökay, Harnröhrendivertikul, 181. — Epstein, Kufekes Kindermehl, 181. — Berger, Zahncaries, 182. — Schiff, Haematologie der Neugeborenen, 181. -- Gesundheitspflege: Schuschny, Ueber die geistige Ermüdung kleiner Schulkinder, 185. — Böysen, Ueber die Gefahr der Verbreitung der Tuberkulose durch die Kuhmilch, 185. — Rezensionen: Fuchs, Die Prophylaxe der Psychiatrie, 187. — Sachs, Die Kohlenoxyd-Vergiftung, 188. -- Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 189. -- Kleine Mitteilungen, 192.

Ueber Citrophen gegen Keuchhusten.

Von Dr. Albert Feuchtwanger in Frankfurt a. Main.

Ein neues Mittel gegen Keuchhusten zu empfehlen, erregt immer berechtigtes Misstrauen. Die Zahl der in der letzten Zeit empfohlenen ist eine sehr grosse, ein Beweis, dass die bisherigen den an sie gestellten Anforderungen nicht entsprochen haben. Das Bromoform z. B. ist recht wirksam, hat aber zu mehrfachen in der Literatur berichteten Intoxikationen geführt, so dass die hohe, wirksame Dosierung sehr zur Vorsicht mahnt. Das Chinin wird von den Kindern nur widerwillig oder gar nicht genommen, die Chininperlen und Chininchocoladetabletten kommen bei kleinen Kindern nicht in Betracht. Das Euchinin ist sehr teuer, also in der Armenpraxis nicht anwendbar und auch nicht immer wirksam. Das Tussol ist zwar sehr häufig von guter Wirkung, lässt aber zuweilen auch im Stich. Ich habe auch öfters ein die Mütter sehr beängstigendes Antipyrinexanthem nach nicht grossen Dosen von Tussol gesehen, so dass ich mich

nach einem neuen Ersatzmittel desselben umsah. Ich glaube dasselbe im Citrophen gefunden zu haben.

Citrophen ist citronensaures Phenetidin und ist in Wasser ziemlich löslich. Meine Versuche erstreckten sich auf circa 40 Kinder mit deutlich ausgeprägter Pertussis, die zum grössten Teile meiner Poliklinik, zum kleineren Teile meiner Privatpraxis entstammen. Die Mütter berichteten mir mit wenigen Ausnahmen, dass Citrophen von den Kindern sehr gut genommen und vertragen wird. Der Husten wird bedeutend gelindert, die nächtlichen Anfälle werden schon in der 2. Nacht seltener, bis sie nach einigen Nächten fast ganz aufhören. Setzt man das Mittel aus, so wird der Husten sofort wieder stärker. Man ist also gezwungen, Citrophen Wochen lang zu geben. Ich habe trotz wochenlangen Gebrauchs nie eine Intoxikation erlebt und wäre begierig zu erfahren, ob dies bei den anderen Herrn Kollegen ebenfalls der Fall ist. Ich habe ferner den Eindruck, als ob durch Citrophen die Dauer des Keuchhustens abgekürzt werden könne. Die Dosierung war bei Säuglingen 0,1, bei 1—3 jährigen Kindern 0,15—0,3 und bei älteren Kindern 0,4—0,5 3 mal täglich. Als die Hauptvorzüge des Mittels erschienen mir also der angenehme Geschmack, die gute Wirkung auf den Husten und das Allgemeinbefinden und der Mangel jeglicher Intoxikationserscheinung.

Ich kehre zu meinem Anfangssatze zurück. Trotz meiner sehr ermutigenden Resultate möchte ich Citrophen nicht eher als gutes „Keuchhustenmittel“ empfehlen, als bis auch andere Kollegen gleich mir die gleich günstigen Resultate erzielt haben und auch meine Erfahrungen grösser geworden sind. Sollten diese Zeilen dazu beitragen, ein mir wertvoll erscheinendes Mittel in der Praxis einzubürgern im Kampfe gegen den gefährlichen Kinderfeind, so ist der Zweck dieser Zeilen erfüllt.

Referate.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie.

Von Dr. Netter-Pforzheim.

Vacher: Contribution à l'étude de la syphilis nasale. (Annales des maladies de l'oreille etc. Bd. 24.)

15 jähriger Knabe klagte über Kopfschmerzen und reichlichen stinkenden Eiterausfluss aus der Nase. Dabei fast völlige Erblindung links, die ein anderer Arzt schon auf einen intracraniellen Tumor bezogen und als Vorboten einer baldigen Meningitis bezeichnet hatte und die sich als eine doppelseitige Neuritis optica darstellte. Die Nase war eingesunken, Ulcerationen links am Septum, Gaumensegel

links mit der hinteren Rachenwand verwachsen. Energische Jod- und Quecksilberbehandlung brachten den Fall mit seinen Nebenerscheinungen zur Heilung. V. rühmt besonders retronasale Spülungen mit einer schwachen (1,0 : 30000) Salicylquecksilberlösung, alle 12 Stunden vorgenommen.

Manasse: Ein Fall von Epistaxis durch einen Blutegel. (Lancet 16. IX. 99. II.)

Bei einem kleinen Kind, das wegen Epistaxis zu M. in Beyrut gebracht wurde, sah man beim Blick in den Mund das Ende eines Blutegels, der sich offenbar irgendwie im hinteren Teile der Nase festgesetzt hatte. Die Blutung hörte nach Entfernung des Blutegels auf. Letzterer war vermutlich beim Trinken aus einer Quelle einge-
drungen.

Coston: Ein Nasenpolyp von ungewöhnlicher Grösse, welcher von der Nasenscheidewand eines 12jährigen Kindes entsprang. (New-York med. Journ. 5. VIII. 1899.)

Das untere Ende eines Nasenpolypen ragte einen halben Zoll unter dem Rande des weichen Gaumens hervor. Beide Nasenhälften waren durch den Polypen verstopft. In frischem Zustand hatte der Polyp ein Gewicht von 30 gr. Er erwies sich als ein fast reines Myxom. Die 4 Polypen hatten einen gemeinsamen Stiel.

Hopmann: Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminare Operation etc. (Münch. med. W. 1899, Band 32.)

76 gr schweres Basisfibrom bei einem 11jährigen Knaben. Infolge der durch die Operation entstandenen grossen Höhle werden alle Consonanten, besonders aber die S-Laute schlecht gebildet, da die erforderliche Spannung der Luft nicht erzielt werden kann. Durch Tamponade der Nase wird dies sofort geändert.

Piaget: Schwere Blutung nach Operation der adenoiden Vegetationen bei einem Bluter. (Rev. hebdom. de Laryngologie 1899. Nr. 45).

14jähriger Knabe, dessen Allgemeinleiden zuvor nicht erkannt worden war. Zwei Ohnmachtsanfälle und schwere Blutung, letztere konnte erst nach vollständiger Tamponade der Nase und des Nasenrachenraumes zum Stillstand gebracht werden.

Onodi: Das Lipom der Mandel. (Arch. f. Laryng. 1899. Bd. 2.)

Nach einem kurzen Bericht über den bereits 1895 von O. veröffentlichten Fall von reinem Lipom der Mandel bei einem kleinen Kinde — gestielte, blassgelbe, 1 cm lange, $\frac{1}{2}$ cm breite, mit der Tonsille verbundene Geschwulst — beschreibt O. einen Fall von Fibroma lipomatosum bei einem 12jährigen Mädchen: blassgelbe, polypenförmige Geschwulst auf der rechten Mandel. Mikroskopisch zeigt die Geschwulst zum grössten Teil sklerotisches Bindegewebe. In der Mitte der $1\frac{1}{2}$ cm langen, 1 cm breiten Geschwulst sind zerstreut und in Gruppen angeordnete Fettzellen vorhanden.

Stucky: Entfernung der Mandel und adenoiden Vegetationen mit tödlichem Ausgang. (Annals of Otology etc. Mai 1899).

Der 15jährige Knabe hatte 2 Wochen lang an Tonsillitis und Peritonsillitis gelitten, welche noch durch kurzen „Stosshusten“ ver-

schlimmert wurden. Er hatte in kurzen Zwischenräumen Schüttelfröste und Congestionen nach dem Kopf, welche von starken Schweissen, vollem Pulse und einer Temperatur von $38,3^{\circ}$ C. begleitet waren. Die linke Tonsille war stark vergrössert, die Mittellinie überragend, die Krypten mit Eiter gefüllt. Beide Gaumenbögen waren mit der Mandel verwachsen, die Gaumenbögen reichlich blutend und von Eiter durchtränkt; das Rachendach von adenoiden Vegetationen besetzt und mit übelriechendem Secret bedeckt. Es wurde allgemeine Septikämie diagnostiziert und zur Entfernung der Mandel und der adenoiden Veget. geschritten. 2 Stunden nach der Operation trat reichliche Blutung aus Nase und Mund auf. Blutstillung. Collaps. Es wurde keine bestimmte blutende Stelle gefunden, es fand ein allgemeines Sickern venösen Blutes statt, welches ebenfalls gestillt wurde. Besserung des Pulses. Transfusion heisser Salzlösung. 9 Stunden post operat. Exit. (Die Entfernung derartig entzündeter von Mikroorganismen völlig überschwemmter Mandeln muss entschieden bedenklich erscheinen. Ref.)

Havemann: Glückliche Entfernung einer Bohne aus dem rechten Bronchus eines fünfjährigen Mädchens. (Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 50. Heft 3 und 4.)

Ein 5jähriges Kind verschluckte versehentlich eine mehrere Jahre alte schwarze Buschbohne. Der Schlund wurde bei der ärztlichen Untersuchung leer gefunden. In der zweiten Nacht kam es zu schweren Erstickungsanfällen, wodurch bei Fehlen jeder anderen Störung die Anwesenheit eines Fremdkörpers in den Luftwegen zweifellos erschien. Tracheotomie, um event. von der offen gehaltenen Wunde aus die Bohne zu erreichen. Kehlkopf und Luftröhre bei der Sondierung leer. Die Teilungsstelle der Luftröhre leicht erreichbar. Auf der rechten Thoraxseite abgeschwächtes Atemgeräusch und verkürzter tympanitischer Perkussionston bei schwacher Dämpfung, kein Rasseln oder klappende Geräusche. Links überall lautes Vesiculäراتmen. Fieber bis über 39° abends. In der vierten Nacht wieder heftigere Anfälle von Atemnot, die ganz plötzlich einsetzen, ebenso plötzlich verschwinden und nicht lang dauern. Atmung dauernd beschleunigt, viel Husten. In der nächsten Nacht starke Verschlimmerung. Das Kind ist enorm blass, puls- und besinnungslos, nur ab und zu noch eine oberflächliche, schnappende Atembewegung. H. ging jetzt mit einer am Ende hakenförmig zusammengebogenen Silbersonde ein und berührte damit den Fremdkörper, ohne ihn fassen zu können. Das Kind begann aber wieder plötzlich zu atmen. Es ergab sich, dass die Bohne im rechten Bronchus beweglich steckte, trat sie durch irgend einen Umstand mit ihrem vorderen Abschnitte in das Lumen der Luftröhre, so verdeckte sie ganz oder doch zum grösseren Teil auch den linken Bronchus und dann trat Erstickungsnot ein: kehrte sie aber in die alte Stellung zurück, so konnte das Kind wenigstens mit der linken Lunge atmen. Die Bohne war also nur erreichbar im Augenblicke höchster Atemnot. Bei einem solchen Anfalle gelang es dann H., mit einem recht geräumigen, langgestielten, etwas abgestumpften scharfen Löffel, die Bohne aus der Trachealwunde herauszubefördern. Das Kind hustete danach ohne Unter-

brechung eine Viertelstunde. Allein die Atemnot war geschwunden. Eine Blutung blieb aus. Das Fieber verschwand und das Kind konnte nach wenigen Tagen geheilt entlassen werden. Die Maasse der Bohne betragen: 1,75 : 0,90 : 0,65 cm.

Wagenhäuser: Taubheit im Verlaufe einer osteomyelitischen Erkrankung, bedingt durch Anaemie. (Arch f. Ohrenheilk. 46. Bd.)

Es handelt sich um einen Patienten, der wegen Osteomyelitis innerhalb weniger Monate zweimal operiert, im Anschluss an die erste Operation eine bedeutende Gehörsabnahme erlitt, aus der sich nach der zweiten vollkommene Taubheit entwickelt hat. Verf. erklärt sich den Zusammenhang in der Weise, dass bei dem durch Fieber und Eiterung herabgekommenen Kranken sich unter Einwirkung der mehrfachen operativen Eingriffe ein Zustand allgemeiner hochgradiger Anaemie entwickelt hatte, durch den der nervöse Apparat des Ohres schwer beeinträchtigt und in seiner Struktur und Funktion gestört und geschädigt worden ist.

Roche: Einfaches Behandlungsverfahren bei Epistaxis. (Brit. med. Journ. 1899. 10. Dez. II.)

In einigen Fällen von hartnäckigem Nasenbluten verwendete R. mit gutem Erfolg heisse Umschläge auf den Nacken. Dieselben können aus Leinsamen hergestellt werden, jedoch erweisen sich in heisses Wasser getauchte Umschläge in gleicher Weise erfolgreich. Das Verfahren ist bei seiner Einfachheit auch unter bescheidensten Verhältnissen anwendbar. Die Wirkung erklärt sich wohl durch den Einfluss auf die Blutgefäße durch die Vasomotoren.

Immunity to diphtheritic infection and reinfection after the use of antitoxin. Von R. W. Mardoen. (The med. chronicle. May 1900).

Von den 4 berichteten Fällen zeigen die beiden ersten, dass nach einem Diphtherieanfall die Immunität völlig nach Verlauf von 3 Wochen bereits aufgehört haben kann, wenn sie durch Antitoxin erreicht, der Anfall durch Antitoxininjection bekämpft wurde. In jedem Falle stellte der zweite Anfall durchaus eine Recapitulation des ersten dar. Während im 4. Falle als hervorragendes Moment, als unzweifelhaft prädisponierende Ursache für Diphtherie eine chronische Vergrößerung der Tonsillen bestand, war in den 3 anderen der primäre Infektionssitz laryngeal oder in intrapulmonal (unterhalb des Larynx). Hier kann nicht behauptet werden, dass der Anfallstypus für das Individuum etwas charakteristisches gehabt, noch dass die primäre Infektionsstelle eine besondere Prädisposition für eine nachfolgende Reinfektion erworben habe. Weiterhin könnte die Reinfektion abhängig sein von einer anderen Erkrankung desselben Krankensaales oder von der Unfähigkeit, von Bacillen frei zu werden, bevor die Immunitätsperiode abgelaufen ist. Thatsächlich lagen dem ersten Punkte entsprechende Verhältnisse vielleicht vor. Daraus resultiert die Notwendigkeit, die Antitoxininjection alle 3 Wochen zu wiederholen, solange der Patient der Infection ausgesetzt bleibt. Andererseits fällt oft genug, wie in einem Falle die bakteriologische Untersuchung, noch sehr lange nach dem Anfall positiv aus, ohne dass

Krankheitssymptome vorliegen. Die Frage, ob die Immunitätsdauer mit der Antitoxindosis in irgend einem Verhältnis steht, will Verf. aus den 4 Fällen nicht entscheiden. Praktische Bedeutung hat die Ansicht des Verf., dass während der Reconvaleszenz von einem Diphtherieanfall die Antitoxininjektionen sofort wiederholt werden können, sobald irgend welche Symptome, besonders croupöse, erscheinen.

v. Boltens Stern-Bremen.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes enfants. Von Bertheraud. (Gaz. hebd. de med. et de chir. 1900, 26.)

Die meisten der allgemeinen Symptome haben keine entscheidende Bedeutung (erbliche Belastung, äusserer Habitus, Polyadenitis, Gelenkveränderungen, vasomotorische, digestive, circulatorische Störungen, Leber- und Milzvergrösserung u. s. w.). Eine Reihe anderer Erkrankungen (langandauernde gastrointestinale Infection, Syphilis hereditaria u. a.) kann eine analoge Kachexie erzeugen. Umgekehrt kann bei der Tuberculose im Kindesalter die Kachexie fehlen, sogar der Eindruck einer blühenden Gesundheit bestehen. Die generellen Symptome können also nur einen gewissen Grad der Wahrscheinlichkeit bieten. Was die physikalischen Zeichen betrifft, so bestehen beim Kinde ebenso wie beim Erwachsenen den anatomischen Veränderungen entsprechend drei Formen von Lungentuberculose: acute granulöse Phthise oder acute Miliartuberculose, acute pneumonische oder bronchopneumonische und gewöhnliche ulceröse Phthise. Die akute Miliartuberculose ist im Kindesalter ungleich häufiger, als im späteren Leben. Meistens verläuft sie unter dem Bilde einer allgemeinen Infection (Typhus) durch Beteiligung der meisten Organe, in welchen die allgemeinen Symptome vorherrschen. Haben die Tuberkeln ihren Hauptsitz in den Lungen, so macht die Erkrankung den Eindruck einer subacuten bronchopulmonalen Infection. Die Diagnose dieser bietet manche Schwierigkeiten. Verwechslungen mit capillärer Bronchitis oder Influenza-Bronchopneumonie sind leicht möglich, da charakteristische Symptome nicht vorhanden sind. Die käsige Bronchopneumonie beginnt entweder plötzlich, wie eine einfache akute Bronchopneumonie oder öfter mehr schleichend, auch im Anschluss an andere Infectionen (Masern, Keuchhusten). Als besonders wichtig hebt Verf. die Intensität der Dyspnoe hervor. Auch sind katarrhalische Symptome, klingende oder knisternde Rasselgeräusche weniger ausgesprochen. Die übrigen Symptome bieten nichts besonderes. Der Verlauf ist manchmal langsam, schleppend, die Dauer beträgt mehrere Wochen, meist besteht deutliche Kachexie. Selbst wenn Remissionen eintreten, pflegt der Ausgang letal zu sein. Die Diagnose kann durch das Auftreten anderweitiger tuberkulöser Herde erleichtert werden, immerhin bleibt sie äusserst schwer und selbst auch bei der Autopsie. Die chronische Phthise entbehrt im Kindesalter, so wichtig die Dyspnoe, Pulsfrequenz, das Körpergewicht, die Konstatierung von tracheo-bronchitischer Adenopathie sein mögen, wegen der nur mangelhaft auszuführenden Untersuchung wirklicher pathognomonischer Zeichen.

Mit Vorsicht in ganz bestimmten Fällen angewendet ist das

Tuberkulin ein unschädliches und vorzügliches Reagens. Verf. wendete schwache Dosen an, mit $\frac{1}{10}$ Cubikmillimeter beginnend und $\frac{4}{10}$ nicht überschreitend und hat bei tuberculösen Kindern stets vorzügliche Reaktionen (Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung, Fluxion in der Umgebung der Affektion usw.) ohne Nebenerscheinungen erhalten. Die Injection künstlichen Serums kann ähnliche Reaktion hervorrufen, sie hat indess nichts charakteristisches für Tuberkulose, da sie auch bei anderen Erkrankungen eintritt. Auch B. hat in 3 Fällen prompte Reaktionen erhalten, ohne dass die Diagnose durch Nachweis von Bacillen, durch Tuberculinreaktion oder gar durch den Verlauf gesichert wurde. Die Sputumuntersuchung ist behindert durch die Unfähigkeit der Kinder, auszuwerfen, die Gewohnheit, das Sekret zu verschlucken; Ref. empfiehlt daher das nötige Untersuchungsmaterial durch Magenausspülung, nachdem das Kind 5—6 Stunden vorher keine Nahrung erhalten, oder durch künstliches Erbrechen zu gewinnen. Meist gelingt es, fast unverändertes Bronchialsecret zu erhalten, in welchem der Nachweis nach den üblichen Methoden erfolgen kann. Die Radioskopie und Radiographie giebt bei Kindern keine so sicheren Resultate als bei Erwachsenen. Bei dieser Unsicherheit der Diagnose von Lungentuberculose bei Kindern empfiehlt es sich, alle diagnostischen Hilfsmittel gleichzeitig heranzuziehen, das eine durch das andere zu kontrollieren.

v. Boltens Stern-Bremen.

Ueber Rückfälle. Von Lippmann. (Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr. 23.)

Verf. sah nach Ueberstehen von Scharlach ein Recidiv auftreten 36 Stunden, nachdem ein von der ersten Erkrankung zurückgebliebenes Drüsenpacket zur Erweichung gebracht war. Auf Grund dieser und ähnlicher Beobachtungen nimmt er nun an, dass es sich bei den Recidiven von Erysipel, akutem Gelenkrheumatismus, folliculärer Angina, Furunkulose, Influenza, Pneumonie u. ä. handle um eine Reininfection von einem im Körper zurückgebliebenen, bis dahin latenten Herde aus, der sich zeigen kann als vergrößerte Milz, geschwollene Drüsen, Infiltrationen, Verdickungen der Haut etc.

Diese Rückfälle treten fast stets auf in der Nachbarschaft der früher ergriffenen Stelle oder an dieser selbst. Sie sind oft milder als die erste Erkrankung, da die Virulenz der Erreger eine geringere geworden ist. Bisweilen entsteht daher nicht die erste Krankheit wieder, sondern eine ähnliche ätiologisch identische. Bei einem Knaben, welcher im 1. Lebensjahre Scharlach mit Angina überstand, wovon Drüsenanschwellungen zurückblieben, wurde später häufigeres Erkranken mit Steifwerden des Halses, stärkerer Drüsenanschwellung, Himbeerzunge mit leichtem Erythem oder auch ohne dieses beobachtet.

Die Entstehung der Herde wird erklärt durch die anatomischen Versuche und Untersuchungen Ribberts u. A. An der Stelle des Eindringens eines Infektionskeimes bildet sich um diesen ein Leucocytenwall, der umgeben wird von proliferierenden Gewebszellen, sodass die Infektionskeime temporär unschädlich gemacht werden. In diesen

Herden können sie selbst Jahrzehnte lang ruhen, ohne ihre Virulenz völlig zu verlieren.

Die Verletzung und Eröffnung dieser Herde geschieht durch Traumen (Rückfälle nach brisement forcé), oder durch besonders anstrengende oder ausgiebige Muskelkontraktionen. Die Rückfälle nach Erkältung erklären sich folgendermassen: Durch den Kältereiz kontrahieren sich die peripheren Gefässe und das Blut strömt unter grösserem Druck zu den zentralen Teilen. Beim Zurückströmen des Blutes in die peripheren Partien kann dann durch den entstehenden negativen Druck der Schutzwall um den Herd gesprengt oder die Krankheitserreger können angesogen werden. Aehnlichen Einfluss auf die Gefässe und ähnliche Folgen haben psychische Erregungen.

Welche Schlüsse sich aus diesen Theorien für die Anwendung von Massage, Ausschabungen etc. ergeben, ist deutlich.

M. Moltrecht-Halle.

Zur Frage der funktionellen Herzgeräusche im frühesten Kindesalter. Aus der Kinderpoliklinik des Privat-Dozenten Dr. H. Neumann-Berlin. Von Swarzensky (Jahrb. f. Kinderheilk. 51. Band.)

Nach Hochsinger und Soltmann galt es bis vor Kurzem als feststehende Thatsache, dass bis in das vierte Lebensjahr hinein accidentelle Herzgeräusche bei Kindern nicht vorkamen. Hingegen hat in neuester Zeit Thiemich einen Fall veröffentlicht, ein 7 monatliches Kind betreffend, das zweifellos ein funktionelles systolisches Herzgeräusch darbot.

Einen weiteren hierher gehörigen Fall bringt Verf.: 1 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen mit angeborener Lues. Elender Ernährungszustand, mässige Rachitis. Bei der ersten Untersuchung wurde am Herzen nichts Pathologisches entdeckt. 12 Tage später war ein leises, systolisches Geräusch an der Spitze hörbar, das auch die nächsten 14 Tage so blieb, um dann, zwei Tage vor dem Tode des Kindes, wieder zu verschwinden. Die Lunge zeigte bei der Aufnahme über dem rechten Unterlappen verschärfte Atmung, späterhin zahlreiches Rasseln. Bald erkrankte auch die rechte unter Bronchialatmen und Dämpfung. Kein Fieber. Die Diagnose lautet bezüglich des Herzens auf angeborenen Herzfehler. Die Sektion ergab indessen bei leicht erweitertem rechten und normal weitem linken Ventrikel intakte und zarte Klappen. Die Herzmuskulatur war hochgradig anämisch. Das Septum ventriculorum war geschlossen, der Ductus Botalli obliteriert, das Foramen ovale für die Sonde durchgängig. Somit kann es sich hier nur um ein anorganisches Herzgeräusch gehandelt haben.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Untersuchungen über die pathogene Wirkung der Milchbakterien, welche man mit dem Namen der Caseinfermente oder proteolytischen Bacterien bezeichnet. Von R. Jemma. (Rev. mens. des mal de l'enf. Bd. XVIII, 1900.)

Verf. hat die bekannten Flügge'schen Untersuchungen über die proteolytischen Bacterien einer Nachprüfung unterzogen. Es gelang

ihm, nur drei Varietäten dieser Microorganismen aus der Marktmilch zu isolieren. Die mit diesen angestellten Versuche führten zu folgenden Resultaten:

1) Der am häufigsten gefundene Bacillus, welcher zur Gruppe des bacillus subtilis gehört, hat auf die im Laboratorium gewöhnlich verwendeten Tiere keine pathogene Wirkung.

2) Diejenige Form, welche der Gruppe des bac. mesentericus vulgatus angehört, wirkt, wenn sie in grossen Mengen auf die Darmschleimhaut gebracht wird, pathogen, nicht aber, wenn sie ins Peritoneum, Blut oder unter die Haut eingeführt wird. Danach scheint die pathogene Wirkung nicht von ausgeschiedenen Toxinen abzuhängen, sondern von Störungen, welche die Bakterien im Darminhalt hervorrufen.

3. Der bacillus butyricus-Hüppe und dessen verwandte Arten sind, wenn sie aus der Milch isoliert sind, fast nie pathogen.

Bei allem wissenschaftlichen Interesse, welche die Flügge'schen Arbeiten selbstverständlich haben, muss doch hervorgehoben werden, dass im Gewöhnlichen von diesen Bakterien bei genügender Sauberkeit und ausreichender Sterilisation keine Gefahr droht; denn die Sporen dieser Microorganismen, welche durch Erhitzen auf 100° nicht abgetötet werden, brauchen zu ihrer Entwicklung und Wirkung eine gewisse Zeit, vor deren Ablauf die Milch längst in den meisten Fällen verbraucht ist.

Behrens-Karlsruhe.

Ueber Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung. Von Arthur Keller. (Centralblatt f. innere Medicin, 1900, 16).

Diese Frage wird von den Kinderärzten bekanntlich in sehr verschiedener Weise beantwortet. Unzweifelhaft steht fest, dass eine häufige Fütterung (in 2 stündlichen oder kürzeren Pausen) oft genug Ursache von Magen-Darmerkrankungen und ihren Folgeerscheinungen ist selbst unter den günstigsten Bedingungen betreffs Art der Nahrung, Pflege des Kindes u. s. w. Eine Schädigung des Kindes ist insbesondere nicht ausgeschlossen, wenn es erkrankt. Der unruhige, leicht unterbrochene Schlaf verleitet oft genug dazu, dem Kinde, in dem Wahne, dass es hungere, häufig Nahrung zu reichen. Auch Aerzte gehen von der Meinung aus, dass es beim Bestehen von schweren Magen-Darmerkrankungen nur durch $\frac{1}{2}$ stündliche Intervalle gelingt, dem kranken Kinde bei seinem geringen Nahrungsbedürfnis genügend Nahrung zuzuführen.

Auf der Breslauer Klinik erhalten gesunde wie kranke Säuglinge niemals mehr als 5 Mahlzeiten in 24 Stunden. Auf diese Verordnung führt K. nicht zum wenigsten die Ernährungserfolge zurück. Ihrer Durchführung steht die andauernde Unruhe der Kinder nicht entgegen. Die Kinder sind nur in den ersten Tagen nach der Aufnahme in die Anstalt unruhig und schreien ev. viel, bald aber gewöhnen sie sich an das neue Regime. Gegen kurze Nahrungspausen sprechen auch die Resultate von Czerny's Untersuchungen an gesunden und kranken Säuglingen. In Findelhäusern etc. kamen bei Ernährung sämtlicher Säuglinge in kurzen Nahrungspausen bedeutend mehr Erkrankungen vor, als bei geringerer Anzahl der Mahlzeiten pro Tag.

Einschränkung der Mahlzeitenzahl genügt oft, um die Symptome einer Magendarmstörung zum Verschwinden zu bringen. Dass ein Kind bereits kurze Zeit nach einer Nahrungsaufnahme angebotene Milch wieder trinkt, ist kein Beweis für das Nahrungsbedürfnis. Da der gesunde Magen eines Brustkindes in $1\frac{1}{2}$ —2 Stdn. nach der Nahrungsaufnahme entleert wird und nach $\frac{5}{4}$ Stnd. freie HCl enthält, bei Kuhmilchernährung 3 resp. 2 Stdn. erforderlich sind, verlangt C. als Minimum der Pausen bei ersterem 3, bei künstlich genährtem Kinde mindestens 4 Stdn. Bei beständiger Belastung des Magens nimmt die HClsecretion, sowie die motorische Funktion auch beim gesunden Kinde ab. Beim kranken sind selbst 4—5 Stdn. nach der Mahlzeit noch Nahrungsreste im Magen, fehlt freie HCl. Die Zeit, während welcher der Magen leer ist, erscheint notwendig zur Erhaltung der motorischen und sekretorischen Funktion des Magens auf normaler Höhe.

Verf. liefert einen Beitrag zu der Frage, wie die Verdauung und Ausnutzung der Milch beim kranken Säugling geändert wird, wenn 2 Stdn. nach der Mahlzeit in dem noch vollen Magen, welchem freie HCl fehlt, neue Nahrung eingeführt wird, durch einige Stoffwechselversuche an kranken Säuglingen. In der Nahrung, im Harn und Koth wurde N und P, O_2 bestimmt und so Zahlen erhalten, welche Pn. für die Charakteristik des Eiweissstoffwechsels ausreichend sind. Da unter dem Einfluss der 2 stündlichen Ernährung die Symptome von Seiten des Magen-Darmtractus und das Verhalten des Körpergewichts eine Verschlimmerung der Ernährungsstörungen anzeigten, war die Ausdehnung des Versuches, dieselbe Nahrung in gleicher Menge in 4 stündlichen Pausen zuzuführen, ausgeschlossen. Zum Vergleich mussten also die Resultate der an anderen gleichaltrigen kranken Kindern bei derselben Ernährung durchgeführten Versuche herangezogen werden. Gleichviel ob wir einen Säugling in 4- oder 2 stündlichen Pausen ernähren, die Resorption und Retention von Stickstoff und Phosphor, also die Ausnutzung der Eiweisskörper wird durch die längere Dauer der Intervalle nicht beeinflusst. Daraus ist also die Frage, wie oft ein Kind Nahrung erhalten soll, nicht zu entscheiden. Die Schädlichkeiten einer 2 stündlichen Ernährung sind offenbar in anderer Richtung zu suchen.

v. Boltens Stern-Bremen.

Die hypertrophische Dilatation des Dickdarms beim Kind. Von

A. Johannessen. (Rev. mens. des mal de l'enf Bd. XVIII, 1900).

Es werden drei instructive Fälle dieser seltenen Krankheit mitgeteilt; alle drei betrafen männliche Kinder. Die Symptome stimmen mit den von allen andern Autoren beobachteten überein und sind folgende: Bald nach der Geburt zeigt sich eine Parese des Darms; die Häufigkeit der Entleerungen ist sehr verschieden, die Intervalle können mehrere Tage, Wochen, ja Monate betragen. In einem Fall dauerte es 33 Tage, bis Stuhlgang erfolgte. Es entwickeln sich auch Diarrhoeen dazwischen von verschiedener Intensität und Dauer. Der untere Teil des Abdomens ist sehr stark vergrößert. Diese Erscheinung tritt sehr bald nach der Geburt auf und erreicht event. ganz enorme Dimensionen. So betrug z. B. bei einem 14 Monate

alten Kinde der Leibesumfang 72 cm. Hier und da wird Erbrechen beobachtet, aber seltener, als man zu glauben geneigt ist. Der Allgemeinzustand ist relativ gut, in einem Falle wurde eine schnelle und bedeutende Gewichtszunahme konstatiert. Pathologisch - anatomisch findet sich neben der kolossalen Verlängerung des *S. romanum* eine starke Verdickung der Wandungen. In der ersten Beobachtung J.'s fand sich noch eine ulceröse Colitis. Von den drei Fällen endigte übrigens nur dieser eine letal. Die Ursache dieser Affektion ist in kongenitalen Anomalien zu suchen, was die Dilatation betrifft. Die Hypertrophie bildet sich erst nach der Geburt in Folge der Faecalstauungen, welche Ernährungsstörungen in den Darmwandungen u. s. w. hervorruft, aus. Die Behandlung besteht in Darmausspülungen, Massage, leichten Abführmitteln, Elektrisieren der Dickdarmgegend und allgemeiner Pflege.

Behrens-Karlsruhe.

Appendicitis mit anomalem Beginn. Tod in 10 Tagen. Von Breton. (Rev. mens. des mal. de l'enf. Bd. XVIII, 1900.)

Ein dreizehnjähriges Mädchen, welches schon längere Zeit an einem chron. Darmkatarrh litt, erkrankte plötzlich mit heftigem Erbrechen und Kopfschmerzen. Es bestanden keine Schmerzen im Abdomen, der Leib war vollständig weich, Puls und Temperatur normal. Das einzige, was auffiel, war ein verfallener Gesichtsausdruck und Tiefliegen der Augen. Der Zustand blieb so einige Tage, nur stellten sich etwas Fieber und Diarrhöen ein, das Abdomen blieb aber weich und schmerzlos, ja das Allgemeinbefinden besserte sich etwas. Am dritten Krankheitstag stellte sich etwas Druckempfindlichkeit oberhalb der Symphyse ein und der Leib war ein wenig aufgetrieben; in der rechten Fossa iliaca und am Mc. Burney-Punkt keinerlei Schmerzen. Abends stieg das Fieber auf 39° und der Puls betrug 132 p. m. n.; eine erneute Untersuchung ergab eine undeutliche Resistenz in der rechten Iliacalgegend. Die vorgeschlagene Operation wurde am folgenden Morgen ausgeführt. Das Abdomen war ganz meteoristisch geworden u. der Mc. Burney-Punkt war etwas ausgesprochen. Puls klein, starkes Verfallensein des Gesichts. Nach Oeffnung des Abdomens entleert sich eine stark fötide, seröse Flüssigkeit; man gelangt in eine grosse Höhle, die nur nach unten und den Seiten abgeschlossen ist. Ein Proc. vermiformis ist nicht zu finden. Die Höhle wird nach oben tamponiert. Nach der Operation eine Injektion eines Liters Serum unter die Haut. In den folgenden Tagen entwickelte sich eine allgemeine septische Peritonitis; es bestand anhaltendes Erbrechen. Die Kräfte konnten nur durch Seruminjektionen erhalten werden. Am 10. Tage erfolgte der Tod.

Der Fall ist charakterisiert durch das späte Auftreten der typischen Symptome, was einen frühzeitigen operativen Eingriff verhinderte.

Behrens-Karlsruhe.

Salol and petroleum in the treatment of infantile diarrhoea. Von W. E. Fothergill. (The med. chron. 1900, April.)

Unter 71 Fällen von Sommerdiarrhoe bei Kindern im Alter von 2 Monaten bis 2 Jahren betrafen nur 8 Brustkinder, von denen eines

starb. Von den übrigen 63 starben 3. In 8 Fällen erzielte die alleinige Medication von Salol oder Petroleum kein befriedigendes Resultat: eine Aenderung in der Diät und dem Gebrauch von Heilmitteln war erforderlich. In 36 Fällen, darunter bei 4 Brustkindern, wurde Salol allein in 3—4 stündlichen Dosen von 0,03—0,2 verordnet. Zweimal trat eine Verschlimmerung des Zustandes und trotz veränderter Therapie der Tod ein. Sechsmal war der Erfolg mittelmässig: Die langsame Wiederherstellung erforderte die Zuhilfenahme von Wismuth und Opium. 28 Kinder genasen allein durch Salol meist unter schneller Besserung und Erzeugung normaler Stühle in 2—7 Tagen. In ersteren Fällen hörte das Erbrechen nicht gleichzeitig mit der Diarrhoe auf, in einigen Fällen wurde es sogar durch Salol erzeugt. Auch der begleitende Husten wurde wenig beeinflusst, erforderte eine besondere Behandlung, vielleicht weil die Pulverform des Medikaments ein mechanisch reizendes Moment abgab. — Petroleum wurde in Form einer 33% Emulsion in 34 Fällen mit 4 Brustkindern angewendet. Die gewöhnliche Dosis für ein Kind von einem Jahre enthielt 0,0012 Petroleum. Ein Fall endete letal trotz Einleitung einer anderen Therapie. In zwei Fällen war das Resultat nicht befriedigend. Nach Verlauf von einer Woche musste Petroleum durch Salol ersetzt werden. Die übrigen 31 Patienten erholten sich schnell und ohne anderweitige Therapie. Störungen seitens des Magens wurden in keinem Falle beobachtet. In der Regel hörte das Erbrechen schon vor der Diarrhoe auf. Nach 2—3 Dosen wurden die Darmentleerungen weniger zahlreich. Geruch, Farbe, Consistenz der Faeces wurden schnell normal. Der begleitende Bronchialkatarrh wurde häufig günstig beeinflusst.

v. Boltens Stern-Bremen.

Ueber die Ausscheidung einiger Zuckerarten durch den Urin, welche bei Kindern in den Verdauungstract oder subcutan eingeführt wurden. Von P. Nobécourt. (Rev. mens. des mal. de l'enf Bd. XVIII, 1900).

Verf. berichtet über Versuche alimentärer Glycosurie, welche er an Kindern unter dem Alter von 3 Jahren angestellt hat. Er benutzte Lactose, Saccharose, Glucose, letztere auch subcutan. Die Schlüsse, welche Verf. aus seinen Beobachtungen, deren Einzelheiten hier nicht wiedergegeben werden können, zieht, sind folgende: „Die Darmschleimhaut ist mit einem sehr ausgesprochenen Intervertierungsvermögen der Lactose gegenüber ausgestattet. Sie transformiert die beträchtlichen Mengen von Lactose, welche mit der Milch in den Darm eingeführt werden und ist im Stande, Mengen umzuwandeln, welche auf ein Mal eingeführt werden und grösser sind, als die, welche in der Milchquantität einer Saugflasche enthalten sind. Es scheint, dass im Allgemeinen diese Eigenschaft beim Kind ausgesprochener ist wie beim Erwachsenen; doch giebt es zahlreiche Ausnahmen.

Die Darmschleimhaut des Kindes besitzt in gleicher Weise die Eigenschaft, die Saccharose zu intervertieren; um die Wirkung auf diesen Zucker mit der bei Lactose zu vergleichen, muss genau der Lösungsgrad in Rechnung gezogen werden; sie scheint bei beiden gleich zu sein, wenn man mit gleich starken Lösungen experimentiert.

Mit der Lactose und Saccharose wurde beim normalen Kind keine Glycosurie beobachtet. Der Organismus des Kindes übt eine sehr starke Wirkung auf die Glucose aus, mehr wie der des Erwachsenen. Auch der Versuch alimentärer Glycosurie hat, wenn er positiv ausfällt, wie es bei mehreren Rachitikern konstatiert wurde, in diesem Alter einen grossen Wert.

Diese Wirkung auf die Glycose scheint nicht auf die Leber beschränkt zu sein, sondern sich bei allen Geweben zu finden.“

Behrens-Karlsruhe.

Beiträge zur Kenntnis der Harnröhrendiverticula der Knaben.

Von Bókay (Magyar Orvosi Archivum 15. April 1900. Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 24, 1900.)

B. teilt die Divertikel in wahre und falsche ein. Die ersteren können kongenitalen und nichtkongenitalen Ursprunges sein. Sämtliche bisher beschriebenen Fälle (14 an der Zahl) gehören zur kongenitalen Form, dazu kommen noch drei vom Verfasser selbst beobachtete Fälle. Auf Grund dieser Casuistik kommt B. zur Schlussfolgerung;

1) Dass die Urethralklappen bei der Entstehung der Divertikel eine nebensächliche Rolle spielen,

2) Dass die kongenitalen Divertikel wohl manchmal schon sofort nach der Geburt erkannt werden, wenigstens aber lange Zeit hindurch keine pathologischen Erscheinungen verursachen und Jahre hindurch der Aufmerksamkeit entgehen.

Die Prognose der wahren Divertikel ist ohne Operation höchst traurig, gestaltet sich aber durch operativen Eingriff sehr günstig. Die Operation besteht in der Aufschlitzung des Divertikels, darnach wird ein bogenförmiger Teil entfernt, wodurch das normale Caliber der Urethra hergestellt wird. Die falschen Harnröhrendivertikel entstehen auf zwei Arten:

1) Durch Striktur oder innere Urethra-Verletzung oder Urethra-Stein bildet sich ein Abscess in der Umgebung, welcher, in die Urethra einbrechend, zu einem Divertikel wird;

2) Durch ein äusseres Trauma entsteht ein Abscess in der Umgebung der Urethra und verändert sich später zu einem Divertikel. Solche falsche Divertikel wurden bei Kindern kaum beobachtet; B. teilt einen Fall mit, wo durch einen Blasenstein ein Divertikel entstand.

Goldbaum-Wien.

Ueber Kufekes Kindermehl. Von Em. Epstein. (Deutsch. Ausg. von Gyark. Orv. No. 16, 1900.)

Verf. fasst seine Erfahrungen über Kufekes's Kindermehl in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Das Mehl wird von Säuglingen sowohl, als auch von grösseren Kindern gern genommen, wenn es dem Alter und der Individualität entsprechend mit sterilisierter Milch (gut aufgekocht) gemischt wird. Die Einzeldosis ist $\frac{1}{8}$ —1 Kaffelöffel Mehles, wovon die Suppe resp. Milch immer frisch bereitet werden soll, wenn dies die Verhältnisse erlauben. Vergesslichen Müttern oder solchen mit geringer Intelligenz muss die Bereitungsweise nahegelegt werden, umsoeher, weil nach

meiner Erfahrung die Kinder viel lieber haben, wenn ihnen dieses Nahrungsmittel gut bereitet gegeben wird, in conträren Fällen kann die Wirkung sogar ganz ausbleiben. Im Falle sich Kinder weigern sollten, die reine Suppe oder die Mischung mit Milch anzunehmen, so ist es sehr ratsam, die Flüssigkeit etwas zu zuckern.

2. In keinem der Fälle verursachte das Mehl nicht nur keinen Magenkatarrh, sondern wie dies die angeführten Fälle beweisen mögen, werden bei exclusiver Anwendung der Kufeke-Suppe die schon bestehenden Magenkatarrhe binnen 1—3 Tage unbedingt und sicher zum Stillstand gebracht. Es muss jedoch bemerkt werden, dass in derartigen Fällen ein jedwedes Getränk oder jedwede Nahrung (abgesehen von einem Kaffeelöffel kalten oder eiskalten Cognac-Thee) untersagt und selbst die Kufeke-Suppe nur in der Zwischenzeit von 4—6 Stunden gegeben werden darf.

3. In keinem einzigen Falle zeigte sich Darmkatarrh. Ich glaube eben den Hauptwert dieses Mehles darin zu finden, dass seit langer Zeit, seit Monaten bestehende Darmkatarrhe, welche den verschiedensten Medikamenten trotzten, nach Anwendung des Kufeke-Mehles in kurzer Zeit gebessert und sogar gänzlich geheilt wurden. Die Kinder, abgezehrt und verkümmert durch die lang anhaltenden Darmkatarrhe, bekamen wieder ihre gute Farbe und nahmen merklich zu.

4. Bei Sommerkatarrhen (Magen- und Darm-) hat sich Kufeke's Mehl ausgezeichnet bewährt und kann in den meisten Fällen als wirkliches Medikament betrachtet werden.

5. Das Körpergewicht erfährt eine mit den Wägungen kontrollierbare Zunahme. Ich muss hier besonders betonen, dass, obzwar Kufeke's-Suppe tagelang verabreicht werden kann und kraft der in derselben enthaltenen nahrhaften Bestandteile zur Aufrechterhaltung des Organismus vollständig genügt, so ist doch die Gewichtszunahme ein Effekt, welcher zumeist der Mischung des Mehles mit Milch zugeschrieben werden muss.

6. Seiner chemischen Eigenschaft, der Dauerhaftigkeit, der Billigkeit und der in den Handel gebrachten entsprechenden Emballage wegen verdient Kufeke's Mehl den Vorzug vor den übrigen Nährmehlen.

In Folge dessen kann ich das Mehl, welches ich in geeigneten Fällen auch in der Zukunft nach Möglichkeit anwenden werde, auf Grund meiner Erfahrungen den geehrten Kollegen auf's Wärmste empfehlen. S.

Die Häufigkeit des Zahncaries bei Kindern und deren Bekämpfung. Von Berger. (Arch. f. Kinderheilk. 28. Bd. V. und VI. Heft.)

Während wir wissen, dass gesunde Zähne und intacte Mundhöhlen einen Schutz bieten gegen infektiöse Krankheiten, kann man aus den Statistiken nachweisen, dass die Zahncaries des Kindes und im Allgemeinen der Menschheit von Tag zu Tag grössere Dimensionen annimmt. Nach Römer ist die Caries der Zähne, die verbreitetste Erkrankung und geht mit dem Fortschritt der Kultur und der Verfeinerung der Speisebereitung analog. In der Schweiz fand man 1891 bei Kindern von 7—14 J. das Gebiss in 94,2 Proc. cariös

in Schweden in 97,27 Proc.; in England und Schottland in 76,78—87,3 Procent; in Hamburg in 96,25—98,5 Proc.; in Würzburg in 81,3 bis 84,6 Proc.; in Kaiserslautern in 99,05 Proc.; in Freiburg und Thüringen in 98,35—79 Proc.; in Schleswig-Holstein 95 Proc.; in Finnland 90 bis 95 Proc.; in Ungarn 87,2 Proc.

Aus Untersuchungen Röse's erhellt, dass an kalkarmem Boden die Cariesfrequenz viel grösser ist, als an kalkreichem. An solchen Orten, wo man die Speisen weich kocht, wo man das weiche, klebrige Weizenbrot geniesst, ist die Cariesfrequenz (München) grösser als dort, wo man das harte, zähe Roggenbrot isst.

Je gesünder das Individuum, um so weniger Cariesfrequenz. Die Frage, wie sich Caries entwickelt, ist noch nicht mit voller Sicherheit zu beantworten. Augenblicklich nimmt man chemisch-parasitäre Noxen an: die Schmelzsubstanz soll durch die in statu nascendi ausgeschiedene Milchsäure angegriffen und delcalciniert werden. Zur Entstehung von Milchsäure ist durch Gährung aus den Kohlehydraten reichlich Gelegenheit vorhanden. Durch die ihrer Schmelzsubstanz beraubten Stellen dringen die in der Mundhöhle anwesenden Bakterien in die Dentinkanälchen ein und zerstören diese.

Der Zahn wird gegen die Destruction durch die Schmelzsubstanz geschützt; je dicker und stärker diese ist, um so widerstandsfähiger ist er. Die stärkere Entwicklung der Schmelzsubstanz geht aber in der Regel proportional der stärkeren Entwicklung der Zähne und Knochen. Bei rachitischen Kindern ist die Schmelzsubstanz fehlerhaft, schwächer und so sind diese Kinder für Caries empfänglicher.

Eine Prophylaxe kann schon während des Uterinlebens beginnen. Die Mutter muss sich während der Schwangerschaft mit reichlich eiweisshaltigen Stoffen, Gemüse und viel Milch ernähren, in der Absicht, die Knochenbildung des Kindes zu verbessern. Nach der Geburt soll der Säugling mit guter Milch ernährt werden; dies ist besonders bei den ärmeren Volksschichten wichtig, wo die Ernährung der Mutter auch sonst schlecht ist. Man muss gleichzeitig die Mundhöhle reinhalten; zu diesem Zwecke wäscht man sie mit einem in schwaches Natr. bicarb. getauchten, weichen, reinen Leinwandläppchen aus. Man entwöhne das Kind im 9.—10. Monate von der Mutterbrust und gewöhne das Kind langsam an festere Kost.

Man übe die Kinder auf energisches Zerkauen ein, damit der sich schon bildende permanente Zahn kräftiger und blutreicher werde. Wenn die Zähne schwach sind, ist die Darreichung von Phosphor und Eisenpräparaten empfehlenswert. Notwendig ist auch, dem Kinde spielend den Gebrauch der Zahnbürste anzugewöhnen. Im Handel befindliche Mundpasten und Mundwässer lasse man nie gebrauchen; viel zweckmässiger ist es, dass der Arzt selbst ein indifferentes Mundwasser oder Zahnpulver empfiehlt. Das Zahnpulver muss alkalisch sein, nicht zu hart, damit die Schmelzsubstanz nicht abgewetzt werde. Das Beste ist hier Calc. carbon. praecip. mit Seife und irgend ein ätherisches Oel darin. Das Mundwasser bestehe aus Alkohol, Zinkchloral, Thymol oder aus anderen neutralen Antiseptics.

Sind Milchzähne cariös geworden, so behandle man sie conservativ; zeitliche Extraction muss man vermeiden. Bei der zweiten

Dentition achte man darauf, dass die Milchzähne nicht allzulange in dem Kiefer bleiben, sonst wachsen die permanenten Zähne unregelmässig und werden dadurch leichter cariös; abgesehen davon, dass überdies die Zähne zusammengedrängt und unschön werden, leidet dabei auch die Articulation.

Schnell-Egeln.

Neuere Beiträge zur Haematologie der Neugeborenen. Von Schiff. (Orvosi Hetilap. 10. Juni 1900. Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 27, 1900.)

Das spezifische Gewicht des Blutes der Neugeborenen zeigt individuell verschiedene absolute Zahlen, da Sch. dieselben bei seinen Fällen in den ersten zehn Lebenstagen zwischen 1,080 und 1,060 variieren fand, und zwar in der Weise, dass in den ersten sechs Tagen die Werte 1,070—1,080 vorherrschten, vom 6—10. Tage hingegen jene zwischen 1,060 und 1,070. Den höchsten Wert erreicht das spezifische Gewicht am 1. Lebenstage (im Durchschnitte 1,0760), von da angefangen nimmt es stufenweise ab bis zum 10. Tage (Durchschnittlich bis 1,0652). Das Mass der Abnahme von einem Tage zum anderen beträgt 0,001 im Durchschnitt, in 10 Tagen also insgesamt 0,010. Das spezifische Gewicht der Neugeborenen ist bei Nacht höher als bei Tag; die Differenz ist am grössten während der ersten drei Lebenstage (durchschnittlich 0,003), vermindert sich in den späteren Tagen stufenweise (im Durchschnitte bis zu 0,002—0,01). Einen Einfluss auf das spezifische Gewicht des Neugeborenen besitzt: 1) deren Entwicklung, da besser entwickelte Neugeborene höhere Zahlen aufweisen, als die minder entwickelten; 2) die Abbindungsweise der Nabelschnur, indem die 10 tägigen Durchschnittswerte der spät. Abgebundenen höher sind. Absolut keinen Einfluss besitzt: 1) das Geschlecht der Neugeborenen und 2) die Abstammung von einer Primipara oder Multipara. — Ein vermindertes spezifisches Gewicht fand Verf. bei jenen Neugeborenen, die einen Icterus neonatorum überstanden hatten; dieser Unterschied zeigt sich aber erst vom 4. Tage an, er beträgt zu Gunsten der Nichticterischen oft 0,003. Ein engerer Zusammenhang zwischen dem spezifischen Blutgewichte und dem Haemoglobingehalte oder der Zahl der roten Blutkörperchen besteht nicht; hingegen ist es wahrscheinlich, dass die Nationalität einen bestimmt nachweisbaren Einfluss auf die Zusammensetzung des Blutes ausübt.

Goldbaum-Wien.

Gesundheitspflege.

Ueber die geistige Ermüdung kleiner Schulkinder. Von Schuschny. (Arch. f. Kinderheilk., 28. Bd., V. und VI. Heft.)

Während es eine Reihe von Methoden giebt, welche darauf abzielen, die geistige Ermüdung grösserer Schüler zu messen, ist man bei kleinen Kindern allein auf die Beobachtung angewiesen.

Die Folgen der längere Zeit hindurch angestrengten Geistesarbeit machen sich in Form einer entschieden herabgesetzten geistigen Leistungsfähigkeit geltend. Der Schüler verliert die Fähigkeit, dem Unterricht zu folgen, es entsteht Unaufmerksamkeit und zumal an wärmeren Tagen schläft der Schüler ein. Um die Unaufmerksamkeit nicht in Wirksamkeit treten zu lassen, ist es nötig, dass die Geistesarbeit durch Pausen unterbrochen wird, während welcher dem Geiste Gelegenheit zur Erholung geboten wird. Diese Pausen dürfen nicht mit den bürgerlichen Stunden zusammenfallen. Sie müssen öfter eintreten und gleichzeitig dazu benutzt werden, um die Schulzimmerluft durch Fensteröffnen zu verbessern. Abwechslung der Unterrichtsgegenstände ist zwar auch als Geisteserholung fördernd anzusehen, kann aber eine Pause keineswegs ersetzen.

Man Sorge auch für öftere Einschaltung von Ruhetagen, die für die Hygiene des Geistes von grossem Nutzen sind. Nach Eulenburg ist die Ferienordnung derart umzugestalten, dass häufigere und kürzere Unterbrechungen des Schulunterrichts vor längeren und selteneren den Vorzug verdienen.

Kürzere und längere Pausen sollten zu Bewegungsspielen, Baden, Handfertigkeitsunterricht, Schulspaziergängen ausgenützt werden. — Der Unterricht beginne um 9 Uhr Morgens, damit dem Kinde zu einer längeren Schlafdauer Gelegenheit geboten werde.

Die Stundeneinteilung sei eine solche, dass auf schwerere Gegenstände leichtere folgen. Da das Sitzen in schlechten Subsellien die schlechte Haltung des ermüdeten Kindes fördert, so müssten gute, den Körpermaassen des Schülers entsprechende Subsellien angewendet werden.

Schnell-Egeln.

Ueber die Gefahr der Verbreitung der Tuberkulose durch die Kuhmilch und über Massregeln zur Abwehr dieser Gefahr. Vier Vorträge. Mit einem Vorwort und einem Schlusswort herausgegeben von Oekonomierat Boysen. Leipzig 1900, M. Heinsius Nachf., gr. 8°, 68 Seiten. Preis 1 M. 50 Pf.

Die wissenschaftliche Erkenntniss, dass die Milch insbesondere bei sorgloser Behandlung grosse Gefahren in ihrer Eigenschaft als Nahrungsmittel in sich birgt, dass sie ein vorzüglicher Träger und Nährboden für Infectionserreger, namentlich für Tuberkelbacillen und daher geeignet ist, dem menschlichen und vorzugsweise dem zarten jugendlichen Organismus ernste Gefahren zu bringen, ist in weitere landwirtschaftliche Kreise vorgedrungen. Mit Freuden begrüsst die ärztliche Welt es, dass ihr gerade in dieser vorzüglich beteiligten Gruppe der Mitmenschen ein Mitstreiter in dem auf allen Linien aufgenommenen Kampf gegen diesen Erbfeind des menschlichen Ge-

schlechtes, die Tuberkulose erwachsen ist. Freilich werden von landwirtschaftlicher Seite die ärztlichen Forderungen nicht voll anerkannt, als zu weitgehend und sowohl der producierenden Landwirtschaft als auch der Volksernährung nachteilig bezeichnet. Die Vortragenden auf der Generalversammlung des deutschen Milchwirtschaftlichen Vereins am 13. Februar 1900 bemühen sich nachzuweisen, dass die Bestrebungen der namentlich auf dem Tuberkulose-Kongress geforderten hygienischen Bedingungen entraten werden müssen, wenn die Landwirtschaft vor empfindlichen Schaden bewahrt bleiben soll. Das Ziel soll sein: Sanirung der Milch durch Sanirung der Viehbestände. Ueber die Verbreitung der Tuberkulose unter dem Rindvieh und die Sanirung der Milchviehbestände durch Ausrottung der eutertuberculösen Kühe referiert Obertierarzt Kühnau-Hamburg. Er erläutert den Entwurf eines bez. Reichsgesetzes, von welchem weiter unten die Rede ist. Gutsbesitzer Waldeyer-Bad Driburg erörtert die hygienischen Maassregeln des Landwirthes zur Bekämpfung der Tuberkulose unter seinen Rindern. Prof. Weigmann-Kiel spricht über die Gefahr der Uebertragung der Tuberkulose durch Milch und Milchprodukte auf den Menschen und über die seitens des milchwirtschaftlichen Gewerbes zu ergreifenden Massregeln zur Abwehr dieser Gefahr. Das Schlusswort des Herausgebers giebt den in seiner Form festgestellten „Entwurf eines Reichsgesetzes, betreffend die Abwehr und Unterdrückung der Eutertuberculose der Kühe“ wieder, welcher dem Reichskanzler unterbreitet werden soll. Die wichtigsten Bestimmungen des Entwurfs sind: Verbot von mit Tuberkulose behafteten Kühen, Einföhrung und Verkauf von Milch in jeder Gestalt nur nach vorheriger Erhitzung auf mindestens 85 ° C., sachverständige Untersuchung des Milchviehbestandes in dreimonatlichen Zwischenräumen, Verbot der Weggabe verdächtiger Kühe ausser zur Abschächtung, Verbot der Verwertung der Milch solcher Tiere ausser nach Erhitzung auf 85 ° C., Abschächtung jeder Kuh, welche mit Euter- oder allgemeiner Tuberculose behaftet ist, deren Milch Tuberkelbacillen aufweist u. s. w. Der Inhalt des Entwurfs geht also thatsächlich weiter, als der Titel anzuzeigen scheint. Zu den wichtigsten Mitteln wird die allgemeine Durchführung des Pasteurisierens oder des Kochens der Fütterungsmilch gerechnet. Aber nicht Molkereien allein, sondern alle milchwirtschaftlichen Betriebe, welche zur Viehfütterung Milch abgeben, sollen dem Zwange unterstellt werden. Eine leicht verständliche Belehrungsschrift soll ausserdem über die in Aussicht genommenen Mittel, welche weder in Gesetzesform gekleidet noch zwangsmässig ausgeübt werden können, weitere Kreise belehren. Mögen die Anregungen, welche der Verein gegeben, einen fruchtbaren Boden finden, und bald merkliche Spuren hinterlassen, um eines der wichtigsten Nahrungsmittel der Menschheit ungeschmälert zu erhalten und mit dazu beizutragen, in dem schweren Kampf gegen die Tuberkulose sichtbare Erfolge zu erzielen!

v. Boltenstern-Bremen.

Rezensionen.

Die Prophylaxe in der Psychiatrie. Von Dr. Fuchs, Abthlg. V des Handbuchs der Prophylaxe von Nobiling-Jankau. München, Seitz & Schauer, 1900. Preis 1,50 Mk.

Die Prophylaxe in der Psychiatrie gehört sicherlich zu den schwierigsten Gegenständen der Therapie und ihr Gebiet ist so weit umfassend, dass der prakt. Arzt dem Verf. nicht genug danken kann, dass er es unternommen hat, es als Ganzes vor Augen zu führen. Dabei muss es anerkannt werden, dass es dem Verf. durchaus gelungen ist, alles Wichtige in dem Rahmen der vorliegenden Broschüre darzubieten und dem Leser klar, deutlich und in gefälliger Form die dem menschlichen Organismus von Beginn seiner Existenz an in seiner geistigen Entwicklung, in der Thätigkeit und Funktion seiner nervösen Centralorgane drohenden Gefahren und Hemmungen bestimmt zu kennzeichnen und die erforderlichen prophylactischen Massnahmen darzulegen. Bei der Darstellung der gesamten Lebensbedingungen und Daseinsverhältnisse, des Zusammenhangs aller in unser Leben eingreifenden Factoren unter sich und in ihrem Einfluss auf das Gesamtbefinden des Individuums hebt Verf. mit Recht hervor, wie so ausserordentlich wichtig hier die Stellung des Hausarztes ist, dessen Wiedererscheinen im alten Sinne, als gutem und klugem Freund der Familie, dringend zu wünschen ist. Seine Aufgabe ist die Bewahrung der Gesundheit und im Falle des Misslingens die Bewahrung vor Schlimmerem. Die meisten Geisteskranken sind es erst geworden, sie waren anfangs gesund, wenn auch vielleicht schon veranlagt. Da nun die Anlage unendlich verbreitet, aber oft verborgen ist, so kann Niemand mit Sicherheit wissen, ob man es im bestimmten Falle nicht mit einer keimenden Seelenstörung zu thun hat; hier wird der Hausarzt am meisten leisten können. Verf. behandelt nun zunächst die allgemeine psychische Prophylaxe beim Gesunden und bespricht dabei im besonderen einzeln die Prophylaxe der Zeugung, wobei er die Notwendigkeit der Zuchtwahl betont und fordert, dass hier ein vertieftes Verantwortlichkeitsgefühl weiteste Verbreitung finde und gegebenenfalls ein Hinauszögern der Eheschliessung befürwortet; es wird dabei auch die vorteilhafteste Gesamtverfassung der Eltern zur Zeugung und die Wirkung des Alkohols, des Morphiums, Cocains etc., der Lues, Epilepsie, Malaria und der Allgemeinerkrankungen gewürdigt. Nun folgt die Prophylaxe der Schwangerschaft und der Geburt, die Besprechung der Prophylaxe der Neugeborenen, der Kindheit und die der geistigen Entwicklung, die in sehr interessanter Weise dargestellt wird. Bei der Prophylaxe der Erziehung unterscheidet Verf. die Prophylaxe des Unterrichts, die sexuelle Prophylaxe und die Prophylaxe der Pubertät und giebt hier sehr wertvolle Fingerzeige. Dann schliesst sich die Besprechung der Prophylaxe des Berufslebens und der Rückbildungszeit an. Als zweiter Hauptteil tritt uns nun die specielle psychiatrische Prophylaxe entgegen, worunter zunächst die Prophylaxe der Entarteten berechtigter Weise einen breiten Raum einnimmt, worunter auch die Imbecillität und Idiotie besprochen werden. Dann folgt die Prophylaxe der Epilepsie,

der Hysterie, der Neurasthenie, der Cyklothymien, der Paranoia, dann die Prophylaxe der erworbenen Psychosen und zwar der Erschöpfungs- und Vergiftungspsychosen, des myödematösen Irreseins, des Kretinismus, der vorzeitigen Verblödungsprocesse und der progressiven Paralyse und endlich folgt noch die Besprechung der Prophylaxe der chronischen Vergiftungen (Alkoholismus, Morphinismus, Cocainismus, Pellagra, Blei-, Quecksilber- und Schwefelkohlenstoffvergiftungen) und der Prophylaxe der physikalischen Schädigungen (Caissonkrankheiten und Tropenkrankheit). Als Schluss wird dann noch die symptomatische Prophylaxe besprochen (Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit, Erregung, Selbstmordgefahr). Mit Recht sagt Verf., dass nur die rechtzeitige Prophylaxe die volle Möglichkeit verleiht, Künstler zu sein in der Behandlung der Gesunden; wenn er aber meint, dass in Zukunft die zahlreichen Entarteten mit gesellschaftsfeindlichen Dauer-eigenschaften im Verein mit der wachsenden Uebervölkerung den Staat zwingen müssen, zum eigenen Schutze und zu dem der Gesunden Massregeln zu treffen von unbedingt durchschlagender prophylaktischer Leistungsfähigkeit und uns durchaus ungewohnter Härte, so meint Ref., dass hier der Verf. doch entschieden zu weit geht! Möchte die Arbeit des Verf. unter den praktischen Aerzten, den Hausärzten, recht viele Leser und Freunde finden!

Wulff-Oldenburg.

Die Kohlenoxyd-Vergiftung in ihrer klinischen, hygienischen und gerichtsarztlichen Bedeutung. Monographisch dargestellt von Dr. W. Sachs, Braunschweig 1900, F. Vieweg & Sohn, gr. 8^o, IX u. 236 Seiten, Preis 4 M.

Der Inhalt gliedert sich in einen chemischen, klinischen und toxikologisch-physiologischen Theil; nach Erörterung verschiedener Theorien schliesst sich die Therapie, der hygienische und forensische Theil an. Den Schluss bildet ein äusserst reichhaltiges Litteratur-Verzeichniss. Dem Verf. kann nur zugestimmt werden, wenn er behauptet, dass die Vergiftung mit CO nicht nur ein rein wissenschaftliches, sondern namentlich auch ein ausserordentlich praktisches Interesse darbietet, und dass, wie an verschiedenen Stellen nachgewiesen wird, mancher Fall der Mortalitätsstatistik, der als Schlagfluss in derselben figurirt, bei grösserer Vertrautheit mit der in Rede stehenden Materie, in seinem wahren Zusammenhange erkannt werden würde.

Hinsichtlich der Therapie werden namentlich Aderlass und Transfusion erwähnt. Wenngleich eine hierhergehörige schwere Vergiftung, die Ref. vor Jahren zu behandeln Gelegenheit hatte, nach Aderlass und Transfusion einen günstigen Ausgang nahm, so stimme ich doch vollkommen Thiersch, welcher die Operation vornahm, bei, als er sich der Heilung nicht in Folge, sondern trotz der Transfusion freute. Dazu kam, dass Thiersch nicht einmal reines, defribiniertes sondern zur Hälfte mit physiologischer Nall-Lösung versetztes Menschenblut transfundiert hatte. Die Erscheinungen nach der Transfusion sind doch nicht selten recht bedenklich (Fermentintoxikation, Hämoglobinurie). Ob nicht an ihre Stelle nach dem deplethorischen

Aderlass die subcutane (nicht intravenöse) Einspritzung einer 0,7% Nall-Lösung treten darf, deren auch Sachs Erwähnung thut. Die günstigen Erfahrungen auf ähnlichem Gebiete sollten doch noch mehr als bisher zur Nachprüfung auffordern, zumal die Ausführung beispielsweise mit dem sehr einfachen Sahli'schen Apparat auch dem praktischen Arzte keine besonderen Schwierigkeiten bereitet. Die vorliegende, den Stoff vollkommen beherrschende und erschöpfende monographische Bearbeitung der Kohlenoxydvergiftung ist anregend und fließend geschrieben, nicht nur auf der sehr reichen kritisch gesichteten Literatur, sondern auch auf eigenen Erfahrungen und Forschungen aufgebaut und bietet in jedem Kapitel viel des Interessanten und Lehrreichen dar. Kurz, es ist ein empfehlenwertes, sehr gutes Buch.

Naether-Leipzig.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Bischofswerder empfiehlt an dem Sauger nicht eine runde Oeffnung anzubringen, sondern einen Schlitz. Man lässt zu diesem Behufe ein spitzes Messer oder die Klinge einer Scheere soweit durch die Kuppe stechen, dass die Oeffnung 3—4 mm lang ist. Man giebt dem Kinde die Flasche so in den Mund, dass der Schlitz der Mundspalte parallel ist, damit er nicht beim Druck der Lippen klafft.

Sobald der Gummi an Elastizität eingebüsst hat, bricht er leicht. Der Schlitz verlängert sich dann und die Milch kommt zu stark. Dann muss der Sauger erneuert werden.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 4.) Schnell-Egeln.

— Rommel empfiehlt in der Kinderpraxis das ferrum oxydatum lacte saccharatum „Hübler“ und rühmt ihm folgende Vorzüge nach: 1. Es ist relativ geschmacklos. 2. Es enthält das Eisen in einer leicht löslichen Form und in einer rationellen Quantität. (0,25 : 100). 3. Es stellt durch seine Kombination als Eisenmilchzucker nicht ein eisenhaltiges Medikament, sondern ein blutbildendes Nährmittel dar, welches selbst von jungen Säuglingen gut assimiliert wird. Man giebt von dem Mittel je nach dem Alter des Kindes 2 bis 3 Kaffeelöffel pro die. Meist war die leicht purgierende Wirkung sehr erwünscht; überstieg sie jedoch das gewöhnliche Mass, so wurde das Tagesquantum reduciert oder es wurde Tannalbin beigegeben.

(Therapie der Gegenwart, Februar 1900.) Schnell-Egeln.

— Verhütung unangenehmer Impffolgen. Von C. Rothe. Verf. stellt folgende Forderungen: 1. Verwendung nur reiner Lympe,

die keine pathogene Mikroorganismen enthalten darf. Der Arzt prüfe die Lymphe an sich selbst (!Red.). 2. Verhütung der Infektion beim Impfakt: sterile Instrumente, Abreibung der Impfstelle mit Seifenspiritus, nachheriges Auflegen von Karbolwatte. 3. Ausschliessung kranker Kinder von der Impfung.

(Dtsch. med. Wchschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Zur Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen. Von A. Lamhofer.

Im Verlaufe zweier Jahre hat L. als Augenarzt im Verein mit einem Kollegen mehrere Hundert eitrig Bindehautentzündungen ohne jegliche Argentum- oder andere Aetzung behandelt. Bei sorgfältiger Pflege und Ernährung und Abhaltung von Schädlichkeiten wurde der Bindehautsack nur alle 1—2 Stunden mittelst eines Glaskölbchens mit lauwarmem Wasser oder schwächster Bor- oder Alaunlösung einfach ausgespült. Die Krankheit verlief in ca. 2 Wochen, niemals trat Hornhauteiterung oder gar papilläre Wucherungen auf. L. vertritt die Ansicht, dass die bei der bisherigen praktischen Behandlung stattfindenden chemischen und mechanischen Reizungen mehr Schaden wie Nutzen stiften; er sieht auch von den üblichen Eisumschlägen ab. Selbstverständlich handelte es sich auch meist um Gonococceneiterungen. — Nicht in denselben Bereich gehört die Keratomalacie frühgeborener schlecht genährter Kinder. — Die Credé'sche Prophylaxe behält L. bei — d. h. ein einziges Mal ein Tropfen einer 2proc. Höllensteinlösung.

(Münch. med. Wochenschr. 1900.) Spiegelberg-München.

— Ueber den Zusammenhang von Trauma, Epiphysenlösung und Coxa vara. Von L. Kredel.

Bei einem $4\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen, welches seit $1\frac{1}{2}$ Jahren hinkt, ohne angeblich eine Verletzung erlitten zu haben, waren alle Bewegungen des Beines mit Ausnahme der Abduktion frei und schmerzlos. Auf einem Radiogramm bemerkte man eine Epiphysen-Trennung und eine Verschiebung der Fragmente.

In früher veröffentlichten Fällen wird auch nur ein geringes Trauma angegeben. Drei Pat. klagten schon vorher über Schmerzen in der Hüfte und hinkten. Ob es sich um eine Erkrankung des Schenkelhalses handelte, ist nicht nachgewiesen.

(Dtsch. Ztschr. f. Chirurg. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Zur Anwendung des Tannigen. Von R. Manasse.

Verf. hat in 18 Fällen acuter Darmerkrankungen Tannigen angewandt. Darunter waren 10 Kinder, 4 im Säuglingsalter (Flaschenkinder) und 6 im Alter von $1\frac{1}{4}$ —4 Jahren. 7 Kinder litten an 2—3 Tage bestehenden Darmkatarrh, 3 seit einigen Wochen an wässerigen Entleerungen. Der Erfolg war ein sehr zufriedenstellender. Bei den erst wenige Tage bestehenden Diarrhoeen sistirten diese nach 6—8-maliger Darreichung; bei den älteren Erkrankungen trat am 3. Tage ein Nachlass der Erscheinungen ein. Bei einem 11 Wochen alten Kinde wurden die Stühle zuerst breiig und nahmen erst nach 7 Tagen

eine feste, gelbe Gestalt an. Das Mittel wurde gern und leicht genommenen, zumeist in schleimigen Vehikeln. Nebenerscheinungen und Schädigungen fehlten. Als Dosis empfiehlt Verf. je nach dem Alter 0,15—0,3 täglich 3—4 mal und nach erfolgter Heilung weitere Darreichung geringer Gaben für einige Tage.

(Therap. Monatsh. 1900.) v. Boltenstern-Bremen.

— Ueber eine Epidemie von Angina lacunaris und deren Incubationsdauer. — Von F. Siegert. —

S. beantwortet mit dieser kurzen Mitteilung zwei Fragen; einmal die, ob Anginakranke zu isolieren sind, d. h. als unmittelbare Infektionsträger anzusehen seien; zweitens die nach der Incubationsdauer dieser infektiösen Angina. Die erste Frage ist in letzter Zeit mehrfach bejaht worden; im selben Sinne spricht sich S. aus. Auf die zweite Frage fehlt in Lehrbüchern und Monographien die Antwort im Allgemeinen. Hier und da wird eine Incubationsdauer von 3—4 Tagen angegeben. Die 25 Fälle S's (30,4% der polikl. Kranken im kurzen Zeitraum von 3 Wochen gegen 4,7% an solchen Fällen ausserhalb dieser Zeit) beweisen in ihrer Entstehung und ihren örtlichem Zusammenhang genau verfolgt, schlagend eine Incubation der Angina lacunaris von 4 Tagen. Daraus sich ergebende hygienische Massregeln sind leicht abzuleiten.

(Münch. med. Wochschr. 99.) Spiegelberg-München.

— Primäre Diphtherie der Vulva. — Von B. Leick. —

Aus symmetrischen, graugelblichen, schmierigen Belägen der kleinen Labien einer 16 jährigen Patientin liessen sich Löfflersche Diphtheriebazillen züchten, ohne dass solche sonst im Körper nachweisbar waren. Daneben bestand geringer Fluor. Serumbehandlung. Heilung.

(Dtsch. med. Wochschr. 1900) M. Moltrecht-Halle.

— Ein Fall von blennorrhöischer Arthritis. — Von Mikhailoff. —

Es handelte sich um ein Mädchen von 5 Jahren, die mit 1 Monat an purulentem Vaginalausfluss litt und von ihrer Schwester, die an derselben Krankheit litt, inficiert war. Nach 14 Tagen seit Bestehen des Ausflusses, der mit Borwasserinjection behandelt wurde, bekam das Kind remittierendes Fieber (37,5 Morgens und 39,6—40 Abends) und Schmerzen in dem linken ziemlich angeschwollenen Knie, die bei Berührung unerträglich waren. Die Anschwellung des Knies war 21,5 cm zu 18,5 der gesunden Seite. Der Ausfluss war abundant und enthielt Gonococcen. Das Knie wurde mit Compressionsverband und der Ausfluss mit Zinksulfatlösung behandelt und das Kind am 12. Tage geheilt. Die Temperatur schwankte während der ersten 8 Tage zwischen 37,5 mal 38°. (Journal de clinique et de therap. infant. 1899 Nr. 9).

Drews-Hamburg.

Der Mekoniumpfropf des Neugeborenen. Von H. Cramer.

Der Ausleerung des Mekonium geht stets ein grauweißer, glasiger Pfropf voraus, oft bei normalem geringem Abgang von Mekonium, schon vor der Geburt. Der Pfropf wird gebildet vom Sekret des Dickdarms, das die Mekoniumsäule abstreift, und enthält daher Epithelien, Detritus, Schleim. Vorhandensein des Pfropfes beweist, dass noch kein Mekonium abgegangen ist.

(Dtsch. med. Wochschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

Franke verwirft bei der Behandlung der Nabelbrüche der Kinder die Bruchbandagen aus Gummi, weil ihre Wirkung gewöhnlich ganz mangelhaft ist, sondern man verwendet nur Heftpflaster, und zwar amerikanisches Kautschuk- oder Beiersdorfs weisses Zink-Heftpflaster, die reizlos sind und gut kleben. Für eine gute Wirkung des Verbandes ist es wichtig, dass der Bruch gut reponiert ist und während der Anlegung des Verbandes gut reponiert bleibt, zu welchem Zwecke man bei stets schreienden Kindern leichte Chloroform-Narkose anwenden kann. Sodann muss die Pelotte, die aus Pappe zurecht geschnitten und mit Heftpflaster überzogen wird, gut passen und endlich muss der 60—70 cm lange und 5—6 cm breite Streifen an dem völlig entkleideten Kinde bei Streckhaltung seiner Beine von vorn her angelegt werden. Der Verband wird erneuert, sobald er locker zu werden beginnt.

Man rechnet für die Behandlung auf mindestens 6—10 Wochen bei sorgsamer Anlegung und Ueberwachung des Verbandes, braucht aber öfters noch mehr Zeit bis zur erzielten Heilung.

(Therap. Monatsh. 1900.) Schnell-Egeln.

Kleine Mitteilungen.

Die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde hält ihre diesjährigen Sitzungen gelegentlich der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen (16.—22 September d. J.) ab. Die Hauptthemata, welche zur Erörterung gelangen, sind: 1) Ueber die Beziehungen zwischen Skrophulose und Tuberkulose. Referent: Ponfick (Breslau). 2) Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter. Referent: Feer (Basel). Ausserdem sind bis jetzt noch 19 Einzelverträge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde angemeldet.

Gleichzeitig mit der diesjährigen Naturforscherversammlung hält der allgemeine deutsche Verein für Schulgesundheitspflege am 16. Septembër d. J. seine Hauptsitzung ab, wobei folgende Themata erörtert werden: 1) Physiologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene. Ref.: Gerhard (Lüdenscheid). 2) Samariter-einrichtungen im Dienste der Schule (mit Demonstrationen). Ref.: Kormann (Leipzig). 3) Was ist die Bildung? Ref.: Herberich (München). 4) Die Ursache der Minderbegabung von Schulkindern. Ref.: Schmid-Monnard (Halle).

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jedersseit gern entgegen

XI. Jahrg.

September 1900.

Heft 9.

Inhalt: Originalien: Klages, Beitrag zur Lehre der Schrumpfnieren im Kindesalter, 193. — Friedmann, Rachitol bei Rachitis, 200. — Köppen, Lana als Ersatz für Leberthran, 202. — Referate: Netter, Sammelreferat aus dem Gebiete der Ohrenheilkunde, 203. — Zappinger, Darmkrebs, 206. — Sorgente, Bösartige Nierengeschwülste, 207. — Concetti, Eklampsie und Tetanie, 207. — Lange, Osteopsatyrosis 208. — Fürst, Nahrungsmittel-Industrie, 209. — Frieser, Houthin, 210. — Kraus, Epicarin 210. — Gesundheitspflege: Röse, Leitsätze zur Zahn- und Mundpflege, 211. — Rezensionen: Goldschmidt, Zur Geschichte der Prophylaxe, 211. — Zuckerkandl, Atlas der topographischen Anatomie, 1. Heft, 212. — Fischl, Die Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters, 213. — Liebreich, Mendelson u. Würzburg, Encyclopädie der Therapie, III. (Schluss)-Band, 213. — Pfeiffer, 16. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene 213. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 214. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 216. — Kleine Mitteilungen, 216.

Beitrag zur Lehre von der Schrumpfnieren im Kindesalter.

Von Dr. Hermann Klages in Leipzig.

Wenn Heubner im Anfang seiner Abhandlung „Ueber chronische Nephritis und Albuminurie im Kindesalter“ (Berlin 1897) sagt, dass man sich mit den chronischen Störungen der Nierenthätigkeit im Kindesalter im allgemeinen und besonderen in Deutschland noch nicht allzuviel beschäftigt hat, so darf man daraus nicht den Eindruck gewinnen, als ob in der That auch chronische Nephritiden gerade im Kindesalter etwas seltenes wären. Dass diese pathologischen Erscheinungen bei den Kindern wohl seltener vorkommen, als bei den Erwachsenen, hat seine besonderen ätiologischen Gründe und Beziehungen. Wollte man hierin einen Grund dafür sehen, dass von berufener Seite noch nicht genügend der Bedeutung und Wichtigkeit dieser Pathologie des Kindesalters entsprochen ist, so würde man falsch basieren, sagt doch Heubner selbst, dass es vor allem an unseren Kenntnissen und unserer Beachtung der chronischen Nephritis und Albuminurie liegt, dass die Intensität der Beschäftigung den Ergebnissen der Erfahrung entspricht.

Ueberhaupt ist ja die Kenntnis der diffusen Erkrankungen der Niere noch verhältnismässig jung; unsere Forschungen darüber datieren fast allein aus den letzten 70 bis 80 Jahren, seitdem Richard

Bright zuerst den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Hydrops klarer erkannt und genauere Strukturverhältnisse beschrieben hat. Wenn von seinem Anfang nach ca. 30 Jahren in dem Bewusstsein noch relativ junger Erfahrung auf diesem Gebiete L. Thomas im vierten Bande des Handbuches für Kinderkrankheiten in seiner Abhandlung über „Diffuse Nierenerkrankungen“ sagt: „Kein Wunder, dass zumal in Betreff dieser Verhältnisse des Kindesalters noch viele Lücken vorhanden sind“, so dürfen heute wir nach dem Studium und den Erfahrungen weiterer 50 Jahre wohl behaupten, dass die Arbeit dieser letzten fünf Jahrzehnte wahrlich keine vergebliche gewesen ist, und dass auf dem Gebiete der Nierenpathologie auch im Kindesalter manche Lücke unserer Kenntnis ausgefüllt und der Weg des Wissens weiter geführt worden ist, wenn wir schliesslich Heubner darin Recht geben, dass wir wohl noch weiter hätten sein können. Dass unsere Forschungen zum Teil noch nicht dahin gelangt sind, eine Einigung in den Anschauungen und Lehren der Renalpathologie des Kindesalters zu erzielen, hat seine bestimmten essentiellen und historisch-doktrinären Gründe.

Wer nur einiges Verständnis für die sozialen Verhältnisse besitzt und Kenntnis davon hat, wie oberflächlich, leicht in den breiteren Schichten der Bevölkerung die Erkrankungen selbst des Kindes angesehen werden, wird zugeben, dass oft und leicht eine akut einsetzende Störung der Nierenthätigkeit übersehen und nicht bemerkt werden kann und wird, dass rücksichtslos so der Grund gelegt wird für Erkrankungen, deren verderbenbringende Endergebnisse dann auf einmal überraschen sollen. In dieser Hinsicht muss grössere Aufmerksamkeit geübt und anerzogen werden. Dringt weiter und weiter die Kenntnis, dass Nierenerkrankungen auch im Kindesalter vorkommen, um so mehr wird auch unsere wissenschaftliche Erfahrung über diese sich heben.

Zur Zeit als die Doktrinen der pathologischen Anatomie noch die klinische Medizin beherrschten, war man bemüht, allen pathologisch-anatomischen Zeichen der veränderten Gewebsreaktion Rechnung zu tragen, und schuf daher zahllose Formen der Erkrankung. Nun da die klinische Medizin diese Fessel abgestreift hat, fällt sie ihrerseits in den Fehler, die Symptome der Allgemeinerkrankung in ihrer Mannigfaltigkeit zu zerteilen, sie gegenüber den veränderten Erscheinungen der lokalen Affektion zu überschätzen und so zahlreiche klinische Bilder der Erkrankung zu schaffen, hiermit zahlreiche Krankheiten selbst. Will man einen endgültigen Abschluss auf dem Gebiete der Lehre der Nierenpathologie des Kindesalters erlangen, so thut es vor allem Not, auf Grund einfacher klinischer Symptome gemäss den bestehenden pathologischen Erfahrungen und Gesetzen einfache Krankheitsbilder zu Komplexen zusammenzufassen als Haupttypen chronischer Störungen der Nierenthätigkeit. Diese bezüglichlichen Krankheitsbilder sind zumal im Kindesalter klarer und reiner, da sie nie durch komplizierende Erscheinungen des späteren Alters, wie sie vor allem durch den Alkohol, Bleiintoxikationen, Harnsäure, ebenso wie durch unmassige Lebensweise hervorgerufen werden, beeinträchtigt werden und sind.

Es möge mir zuvor gestattet sein, hier kurz die Ergebnisse der verschiedenen Ansichten der einzelnen Autoren über das Wesen der Schrumpfniere und ihre Beziehung zur diffusen Nierenerkrankung bezw. Morbus Brightii darzustellen.

Während Bright es noch unterlassen hatte, sich über das Wesen der betreffenden Nierenveränderung genauer zu äussern, so versuchten dies seine Nachfolger. Schon Roger bezeichnete die statthabenden Veränderungen im Gewebe der Niere für das Ergebnis einer ablaufenden Entzündung. Dieser Ansicht schlossen sich auf Grund ihrer histologischen Funde die deutschen Autoren Reinhardt und Frerichs an; beide nahmen eine gewisse Reihenfolge der entzündlichen Erscheinungen an und betrachteten die verschiedenen Veränderungen des Nierengewebes nur als verschiedene Stadien ein und desselben Prozesses. Dabei legten sie vor allem besonderen Wert auf die Harnzylinder, die sie für fibrinöse Exsudate der Harnkanälchen ansahen, und nannten die Entzündung auch in Kongruenz mit Virchow eine croupöse.

Nachdem vorher Rokitansky (Handbuch der pathologischen Anatomie, 2. B. 1842) acht Formen der Nierenerkrankung unterschieden aber schon die Speckentartung aus dem alles umfassenden Rahmen des Morbus Brightii ausgeschieden hatte, sah Frerichs die Schrumpfniere als das dritte Stadium des Morbus Brightii an. Der ganze Prozess begann mit Hyperämie:

die akute parenchymatöse Nephritis = grosse,
geschwollene Niere;

dann folgt das Stadium der Exsudation und fettigen Entartung des Drüsenparenchyms:

die chronische parenchymatöse Nephritis = Fettniere;

der Ausgang war schliesslich nach Aufsaugung des Infiltrates unter Bindegewebsneubildung:

Schrumpfung und Atrophie = die kleine, hügelige, harte Niere.

Diese Anschauungen wurden von Traube dahin modifiziert, dass er die durch Stauungshyperämie veranlassten Nierenveränderungen von den entzündlichen sonderte; später lehrte er zwei entzündliche Formen der diffusen Nephritis, die cirkumkapsuläre und die intertubuläre sive haemorrhagische.

Virchow hatte, von den feineren morphologischen Veränderungen der entzündlichen Teile ausgehend und gestützt auf das pathologische Experiment die cellularpathologische Entzündungstheorie 1871 begründet, die von den durch die entzündungserregende Ursache — Entzündungsreiz — veränderten Lebensvorgängen an den Zellen ausgehend auf „nutritive“ oder auf „formative Reizung“ sich bezieht. Durch die erstere wurde die Theorie der „parenchymatösen“ Entzündung erklärt, durch die andere wurde die sekretorische, exsudative Entzündung als die zweite Hauptform der Gewerbsreaktion gegen entzündliche Reize, die „Exsudation“, anerkannt.

Somit betonte Virchow die Besonderheit der entzündlichen Natur der Nierenstörung ebenfalls, wie er auch mit Rokitansky die der Speckentartung als besondere Krankheitsform hinstellte. Er unterscheidet drei Formen:

Die parenchymatöse Nephritis,
die indurierende interstitielle Nephritis,
die Amyloidniere.

Nur trennt er als feiner Kenner der morphologischen Veränderungen der entzündlichen Teile die parenchymatöse Nephritis nach der Art der Exsudation in drei, übrigens unter Umständen kombinierte Formen:

1. die katarrhalische Nephritis mit Zellausscheidung in das Lumen der Harnkanälchen,
2. die croupöse mit gerinnungsfähigem Exsudat,
3. die parenchymatöse, deren Wesen in einer Infiltration der Epithelzellen der gewundenen Harnkanälchen der Rinde zu suchen ist.

Somit wurde auf deutscher Seite die Entwicklung der Lehre der diffusen Entzündung der Nieren ganz von den allgemein pathologischen Anschauungen über die Entzündung beherrscht; wir kennen hiernach also eine parenchymatöse und eine indurative, interstitielle.

Demgegenüber betont nun Traube mehr den klinischen Standpunkt; mit Klebs ist er der Anschauung, dass die primären Veränderungen in dem interstitiellen Gewebe stattfinden, während die der Epithelien nur sekundäre Erscheinungen seien; entgegen der schon 1863 von Rosenstein geäußerten Ansicht, dass die Erkrankung sowohl auf die Epithelien wie auf das Zwischengewebe von vornherein in gleicher Weise sich erstreckt und dass man nicht einseitig von einer parenchymatösen und einer interstitiellen Entzündung der Entzündung der Niere sprechen könne.

Barthels, dem sich L. Thomas anschliesst, (Handb. der Kinderkrankheiten, 4. B., S. 262: Diffuse Nierenerkrankungen) unterscheidet:

1. eine aktive,
2. passive Nierenhyperämie,
3. eine Nierenanämie (wie sie nur bei asiatischer Cholera beobachtet wird),
4. die akute,
5. die chronische parenchymatöse Entzündung,
6. die interstitielle Entzündung s. Bindegewerbsinduration,
7. Amyloidniere.

Bartels trennt streng die primäre genuine Schrumpfniere, die er als chronisch sich einschleichende Entzündung ansieht, von der sekundären, der Endform der chronischen parenchymatösen Nephritis, die einen anderen Symptomenkomplex zusammenfasst und dem dritten Stadium des Morbus Brightii entspricht. Er sucht seine Ansicht damit zu beweisen, dass es dem pathologischen Anatomen noch nicht gelungen ist, den Uebergang der entzündlichen Schwellung der Nieren in den Zustand echter Cirrhose an der Leiche nachweisen zu können. Bartels erklärt die genuine Schrumpfniere für das Resultat einer primären Wucherung des intertubulären Bindegewebes ohne voraufgehende entzündliche Schwellung, die durch narbige Schrumpfung und Druckatrophie das bisher intakte Nierenparenchym vernichtet. Dagegen ist das Symptomenbild der sekundären Schrumpfniere inso-

fern ein anderes, als das Parenchym durch die chronische Nephritis degeneriert ist und sich hieran eine entzündliche Hyperplasie mit folgender sekundärer Schrumpfung des interstitiellen Gewebes angeschlossen hat.

Die Theorie einer primären interstitiellen Entzündung ist also fallen gelassen, wohl aber eine primäre, durch Degeneration bewirkte Atrophie des Nierenparenchyms und Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes und konsekutiver Schrumpfung anerkannt nach Analogie der Cirrhose der Leber, chronischer Degenerationen des Rückenmarks u. a. Das ist also das bleibende Verdienst von Bartels, der besonders streng für eine anatomische wie klinische Scheidung einer parenchymatösen und interstitiellen Nephritis eintrat, und das ist auch besonders, was jetzt wohl zur allgemeinen Anerkennung gelangt ist, wenn schon von einer Einigung der Ansichten und Lehren noch nicht zu sprechen ist, dass man nicht mehr die Schrumpfniere, wie Frerichs und Reinhardt es meinten, stets aus einer abgelaufenen akuten subakuten Entzündung hervorgehen lässt, sondern dass sie in den meisten Fällen mehr selbständig sich einschleichen kann.

Auch Aufrecht hat stets den dualistischen Standpunkt streng vertreten. Auf Grund von Beobachtungen und Tierversuchen unterscheidet er anatomisch streng zwei Formen;

1. eine akute und chronische parenchymatöse Nephritis, die auf die Vasa afferentia, Glomeruli und das Zwischengewebe übergeht und zur weissen Schrumpfniere führt,

2. eine an den Vasa afferentia beginnende und auf die Harnkanälchen übergreifende, die zur roten Schrumpfniere führt.

In England war schon früh dieser Standpunkt gleich nach dem Erscheinen der Monographie von Frerichs durch Wilks vertreten, dem sich die meisten englischen Forscher, namentlich Grainger Stewart, Johnson u. A. angeschlossen.

Stewart unterscheidet 3 Formen von Morbus Brightii:

1. die der Entzündung,
2. der Amyloiddegeneration,
3. der Schrumpfung,

indem er wie Virchow bei der entzündlichen Form gleichfalls 3 Phasen anerkennt, die entzündliche Exsudation, die Verfettung und die Schrumpfung.

Ferner Johnson, der unter anderen den Begriff der akuten und chronischen desquamativen und nicht desquamativen Nephritis aufstellte.

Unter den französischen Forschern nahmen besonders Lecorché und Charcot den gleichen Standpunkt ein.

Lecorché kennt nur eine Erkrankung des Parenchyms und eine des interstitiellen Gewebes. Charcot unterscheidet wiederum drei Formen, wobei er teils von klinischen, theils von pathologisch-anatomischen Standpunkten ausgeht. Die Symptome der ersten Form sind klinisch: sehr rascher Verlauf, geringe Harnmenge, viel Eiweiss, Hydrops, anatomisch: grosse, weisse Niere; die der zweiten sind chronischer Verlauf, reichliche Harnmenge, wenig Eiweiss, vereinzelt geringer Hydrops, Schrumpfung der Niere. Die dritte Form ist die Amyloiddegeneration.

Neuerdings rehabilitiert Weigert die Anschauungen von Frerichs, indem er bei allen Formen von Morbus Brightii das stets regelmässige Vorkommen von parenchymatösen und interstitiellen Degenerationen konstatiert.

Die Parenchymerkrankung ist zunächst die akute primäre Entzündung, in deren Folge das Epithel schwindet, während die reaktiven Veränderungen im interstitiellen Gewebe nur quantitative Modifikationen ein und desselben Prozesses sind.

Dieser Anschauung schliessen sich von Leyden und Senator an (Referat über die Behandlung des chronischen Morbus Brightii auf dem IX. Kongress für innere Medizin, Wien 1890). Beide dringen darauf auch vom Standpunkte des Klinikers aus, die strenge Scheidung zwischen parenchymatösen und interstitiellen Veränderungen fallen zu lassen.

Während von Leyden den Begriff Morbus Brightii wesentlich vom klinischen oder physiologischen Standpunkte aus definiert (Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden, 1882) und dazu fast alle Nierenerkrankungen rechnet, die Albuminurie und Hydrops im Gefolge haben, auch die Degeneration des Drüsenparenchyms, die Amyloidniere, Pyelonephritis u. a., bestehen nach Senator die Verschiedenheiten der beiden Haupttypen des chronischen Morbus Brightii hauptsächlich in der ungleichen Beteiligung der Gewebsbestandteile und Systeme der Niere an der Entzündung und Verödung, andererseits in dem verschiedenzeitlichen Ablauf dieser Prozesse: bei der chronischen parenchymatösen Nephritis seien vornehmlich die Harnkanälchen mit ihren Epithelien und unter diesen wieder die gewundenen am meisten beteiligt.

Die Schrumpfniere dagegen bilde sich in weit langsamerer Entwicklung da aus, wo die Erkrankung der Harnkanälchen von vornherein oder im weiteren Verlauf jenes ersten Typus zurücktrete gegenüber den Veränderungen der interstitiellen Gefässe und Knäuel, die in Bindegewebswucherung und narbiger Verödung bestehen. (Oppenheim, Ueber Schrumpfniere im Kindesalter, Inauguraldissertation, Halle a. S. 1891).

Nach den bis jetzt erfolgten Untersuchungen ist der heutige Standpunkt unserer Anschauung also der, dass als Basis für die Brightsche Erkrankung der Nieren die Entzündung dieser Organe anzusehen ist, dass — unter Einräumung einer Sonderstellung für die Stauungsniere und die amyloide Entartung — an derselben in allen Formen alle Gewebsbestandteile gleichen Anteil haben und nehmen, aber in den verschiedenen Formen in sehr verschiedenem Grade, indem bei der sogenannten parenchymatösen Nephritis mehr die Epithelien, bei der Glomerulonephritis mehr die Glomeruli, bei der interstitiellen das interstitielle Gewebe, stets aber das Gefässsystem in bevorzugter Weise affiziert ist und wird. Aus allen diesen drei Phasen kann die Schrumpfniere hervorgehen, aus der parenchymatösen, eher von vornherein als Resultat der interstitiellen, in vielen Fällen auch als Produkt arteriosklerotischer Gefässveränderungen, nur bleibt die Frage, worauf der entzündliche Reiz zuerst einwirkt, noch unentschieden.

Von Bedeutung dabei ist neben der Art des entzündlichen Reizes seine Intensität und mit dieser parallel gehend die Dauer der Erscheinung. Gerade vom Standpunkte klinischer Beobachtung aus wird man dem letzten Momente gemäss die Haupteinteilung nach der Unterscheidung einer akuten oder chronischen Nephritis vornehmen.

Eine solche temporäre Einteilung könnte der klinischen Medizin nie genügen, sie braucht es auch nicht, da die Summe der Forschungen über die Organveränderungen Symptomenkomplexe zusammengestellt hat, in die sich die hauptsächlichsten Formen ungezwungen einreihen lassen. Mag nun die klinische Beobachtung innerhalb der chronisch verlaufenden Fälle einen Stillstand des Prozesses oder den tödlichen Ausgang eintreten sehen, bevor es zur völligen Schrumpfung kommt, mag sie innerhalb dieses Rahmens wieder einzelne klinische Phasen in der Entwicklung der Schrumpfniere unterscheiden wollen, oder mag sie eine völlige granuläre Atrophie erkennen, immerhin halte ich es für notwendig, ohne dass ich das ätiologische Moment in seiner wesentlichen Berücksichtigung vernachlässigen möchte, den Symptomenkomplex der Schrumpfniere als ein isoliertes Krankheitsbild klinisch anzusehen und im Gegensatz zu Rosenstein mit Wagner neben der akuten, der chronischen Nephritis als dritte Unterscheidungsform die Schrumpfniere zu betrachten, der sich als vierte die amyloide Degeneration des Organs anschliesst. Die Symptome, wie man sie klinisch bei der Schrumpfniere auftreten sieht, sind doch an sich hervorragend genug, den Erscheinungen der akuten und der chronischen diffusen Nephritis gegenüber so verschieden, dass eine isolierte Betrachtung dieses Leidens mir notwendig erscheint; auch vom anatomisch-histologischen Standpunkte wird hierdurch keine zu grosse Konzession verlangt. Man muss eben — wie auch Wagner es wollte — sowohl in Hinsicht auf die klinischen Symptome, als auch unter Berücksichtigung der vornehmlichsten pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gewebes beiden Disciplinen der medizinischen Wissenschaft möglichst gerecht zu werden suchen.

Für den mehr praktischen Art könnte es fast gleichgültig erscheinen, von welchen Gewebeelementen der Niere bei bestehender Identität der Symptome oder von welchem ihrer Organsysteme der Krankheitsprozess bei der Schrumpfniere begonnen oder ausgegangen ist, wenn eben nach jahrelanger Einwirkung des Entzündungsreizes auf die Niere eine Granularatrophie besteht. „Der Arzt hat es nur mit den Erscheinungen zu thun, die die Entzündung hervorrufen, und ihm kommen daher die Unterscheidungen in eine primäre und sekundäre Schrumpfniere, in arteriosklerotische und senile Nierenatrophie bedeutungslos vor.“ (Rosenstein.) Aber ich bin der Meinung, dass nicht nur wissenschaftlich eine Berechtigung für Unterscheidungen bei der Nierenatrophie vorliegt, sondern dass sie auch gerade für die Praxis ihren hohen Wert besitzt. Die Art der Entwicklung des Leidens und die ätiologischen Momente sind nie die gleichen bei den einzelnen Fällen, die Prophylaxe ändert sich in besonderen und dies vor allen da, wo — wie wir jetzt wissen, — die interstitielle Nephritis, die Granularatrophie, gar nicht so selten auf-

tritt, im Kindesalter, ja dass sogar die chronische Nephritis bei den Kindern einen Uebergang in Genesung zulässt (Heubner). Wenn Heubner die Frage offen lässt, ob eine primäre Schrumpfniere im Kindesalter vorkommt, und sich „mehr der Annahme zuneigt, dass mindestens die Mehrzahl dieser Fälle beim Kinde sekundärer Natur ist“, so muss doch auf den schon früher betonten Standpunkt hingewiesen werden, dass nach Analogie der Cirrhose der Leber auch eine primäre, durch Degeneration bewirkte Atrophie des Nierenparenchyms mit Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes und konsekutiver Schrumpfung statthaben kann.

Dass primäre Schrumpfniere, wenn auch ausnahmsweise, sogar angeboren vorkommen kann, hat Weigert berichtet; Buhl hat sie bei einem 1½-jährigen Kinde gesehen, und für das Alter von 4—13 Jahren hat Oppenheim 22 Fälle zusammengestellt; ihr Vorkommen lässt sich also nicht einfach streichen. Aber gerade die Frage, die für die Differentialdiagnose von ausschlaggebender Wichtigkeit ist, die Frage nach der Aetiologie, ist meistens, wie auch die Mehrzahl der veröffentlichten Fälle beweist, eine leider recht zweifelhafte gerade im Kindesalter. In einer Anzahl von Fällen (Handford, Zanger) ist zwar anamnestisch eine frühere Infektionskrankheit festgestellt, aber der Kausalnexus zwischen dieser und der bestehenden Nephritis ist unsicher, in den meisten fehlt überhaupt die Anamnese.

Gewiss kann man in Fällen, wo eine exakte Anamnese vorliegt und eine genaue Krankengeschichte geführt wurde, gerade mit Bezugnahme auf die klinischen Symptome die primäre und sekundäre Schrumpfniere differential-diagnostisch trennen. Aber bisweilen wird die Exaktheit der Diagnose doch dadurch erschwert, dass die momentan ausgesprochene Nierenschrumpfung sich mit einer vor langer Zeit abgelaufenen Nephritis kompliziert, über deren Aetiologie, Verlauf und Ende man nicht genau orientiert ist, so dass über den primären oder sekundären Charakter des vorliegenden Prozesses kein präziser Schluss gezogen werden kann.

(Schluss folgt).

Rachitol bei Rachitis.

Von Dr. Friedmann in Beuthen O/S.

Im 51. Bande des Jahrbuchs für Kinderheilkunde veröffentlicht Stoeltzner, Assistent der Berliner Kinderklinik, das Ergebnis seiner Studien über die Darreichung von Nebennierensubstanz bei Rachitis. Der Gedanke, diese Krankheit mit Organpräparaten zu

behandeln, ist nicht neu. Wiederholt sind Versuchsreihen mit Schilddrüsensubstanz durchgeführt worden, ohne indessen ermunternde Resultate gezeitigt zu haben. v. Mettenheimer hat in jüngster Zeit die Thymussubstanz empfohlen.

Stoeltzner und Lissauer haben indessen seine Angaben nach keiner Richtung hin bestätigen können.

An der Hand von 71 sehr exakt geführten Krankengeschichten giebt uns nun Stoeltzner einen Ueberblick über die Methode und die Erfolge seiner Behandlung mit Nebennierensubstanz. Er verwendete anfangs die Tabletten von Burroughs, Wellcome & Co., benutzte aber bald ein eigenes Präparat, das „Rachitol“, welches nach seinen Angaben von Merck in Darmstadt in Plätzchenform hergestellt wird. Dasselbe hat den Vorzug grösserer Billigkeit und wird, wie ich vorneweg bestätigen kann, von den Kindern ausnahmslos gern genommen. Jedem Fläschchen liegt eine Gebrauchsanweisung bei.

Die von Stoeltzner erzielten Resultate sind durchaus ansprechende und laden zu einer Nachprüfung des Mittels um so mehr ein, als sie unter absichtlicher Zurückstellung der hygienisch-diätetischen Behandlung gewonnen sind. Auf diesem Wege freilich wird der Praktiker dem klinischen Forscher nicht folgen können. Wir können unsere Behandlung nicht auf ein bestimmtes, vor Allem nicht auf ein erst noch zu prüfendes Mittel zuschneiden, sondern müssen, da wir prompt helfen wollen und sollen, Alles mitnehmen, was uns Wissenschaft und Erfahrung für die Behandlung einer bestimmten Krankheit vorschreiben. Demgemäss wird uns ein definitives Urteil über ein neues Mittel, wie das Rachitol, wesentlich schwerer werden, weil wir zugleich alle bisher wohlerprobten therapeutischen Maassnahmen gleichzeitig ergreifen müssen. Bei einer Krankheit nun, die, wie das bei Rachitis ganz ausgeprägt der Fall ist, als Folgezustand diätetisch-hygienischer Vernachlässigung zu betrachten ist, haben wir bisher immer vorzugsweise und erfolgreich gerade hierin den Hebel angesetzt und werden dies, daran kann kein neues Mittel Etwas ändern, auch weiterhin thun müssen. Tritt ein solches Mittel auf den Plan, so besteht für den Praktiker lediglich die Frage: Inwieweit ist es imstande, die bisherige Behandlungsweise im Sinne einer schnelleren Erledigung der Krankheit zu unterstützen? Ihre Beantwortung ergibt sich für ihn aus dem etwaigen Gegensatz des klinischen Bildes, wie es nach seiner Erfahrung bisher für ihn fesstand und wie es sich nunmehr gestaltet.

Noch eine zweite Schwierigkeit tritt dem Arzte hindernd in den Weg: Er vermag sein rachitisches Material weniger vollständig beisammen zu halten, als sein klinischer Kollege. Rachitische Kinder entstammen zu einem guten Teil wenig bemittelten Eltern, die auf eine Kur wenig Zeit und Mittel verwenden wollen und deshalb, wenn es nicht bald besser wird, aus der Behandlung wegbleiben und anderweitig Hilfe suchen.

Das Rachitol habe ich bisher in etwa 35 Fällen meist vorge-schrittener Rachitis verwendet, aber nur in annähernd 25 Fällen konnte ich es durchsetzen, dass es mindestens 6 Wochen lang regelmässig gegeben wurde und die Kinder mir in besimmten Zwischenräumen vorgestellt wurden. Hiervon habe ich 7 Fälle notiert, bei

denen die Heilung sich überraschend schnell anbahnte, so prompt, wie ich sie bis dahin kaum jemals zu verzeichnen hatte. Ganz besonders evident war der Einfluss auf das Gehenlernen, die Zahnung und die Schweisse. Ich bin überzeugt, dass hier das neue Mittel wesentlich mitgeholfen hat, wenn auch die geringe Zahl der Fälle keine zu weitgehenden Schlüsse gestattet. Bei einer etwa eben so grossen Zahl von Kindern vollzog sich die Besserung gleichfalls erfreulich rasch, aber nicht schneller und nicht anders, als es sonst der Fall gewesen war. Die schnellen Heilungsfälle betrafen meist pastöse, aufgedunsene Kinder; die atrophischen Rachitiker erwiesen sich weniger dankbar. Ob diese Erscheinung eine zufällige ist oder nicht, bleibt abzuwarten.

Jedenfalls glaube ich den Schluss ziehen zu können, dass mir das Mittel gute Dienste geleistet hat und ich der Ueberzeugung bin, dass es von der grossen Zahl der Präparate, die in den letzten Jahren auf die Tagesordnung gelangt sind, um bald wieder zu verschwinden, eine rühmliche Ausnahme bilden wird.

Sana als Ersatz für Leberthran.

Eine Notiz von A. Köppen in Norden.

In Heft 1, XI. Jahrg. dieser Zeitschrift wird Sana als Ersatz für Leberthran bzw. Butter angelegentlich empfohlen. (Fürst, zur Frage des Leberthran - Ersatzes); Butter und Margarine seien wegen ihres möglichen Gehaltes an Tuberkelbacillen zur Ernährung von Kindern auszuschliessen.

Dass die Tuberculose durch Nahrungsmittel übertragen werden kann, ist bereits einwandfrei bewiesen; eine ungeahnte Bestätigung dafür erbringt eine Arbeit von Friedmann (Ueber die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Zugangspforte für die tuberculöse Infection. Deutsche med. Wochenschr. 1900, No. 24), in welcher gezeigt wird, wie häufig Tonsillen der primäre Sitz einer Fütterungstuberculose sind.

Will man daher den Leberthran oder ein pflanzliches Oel nicht verwenden, so ist es wohl notwendig, dass man über die Abwesenheit von Tubercelbacillen in dem Ersatzmittel sicher ist.

Das ist bei Sana nicht der Fall.

Lydia Rabinowitsch, deren Name für die Exactheit der Untersuchungen bürgt, hat in zwei untersuchten Sanaproben lebende, virulente Tuberkelbacillen nachgewiesen. (Ueber die Gefahr der Uebertragung der Tuberculose durch Milch und Milchprodukte. Deutsch.

med. Wochensch. 1900, No. 26.) Da Milch bei der Sanabereitung nicht verwandt wird, stammen die Tuberkelbacillen aus den im Fett eingeschlossenen Lymphdrüsen. Sie sagt dann: „Solange also bei der Sanafabrikation keine Verbesserungen eintreten und das Fehlen der Tuberkelbacillen nicht durch wiederholte bacteriologische Untersuchungen in einwandfreier Weise bewiesen wird, so lange haben wir nicht das Recht, das Sanapräparat der Margarine geschweige denn der Naturbutter vorzuziehen.“

Hieraus kann man wieder ersehen, wie vorsichtig man alle Empfehlungen von neuen Mitteln aufzunehmen hat, und dass man ganz andere Garantien für deren Anwendung fordern muss, als in der Regel geboten werden.

Referate.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Ohrenheilkunde. Von Dr. Netter (Pforzheim.)

Leutert: Bakteriologisch-klinische Studien über Komplikationen akuter und chronischer Mittelohreiterungen. (Arch. f. Ohrenhk., 46. Bd., 3. u. 4. H., u. 47. Bd., 1. u. 2. H.)

Es fanden sich bei den nach akuter Mittelohreiterung entstandenen Empyemen des Warzenfortsatzes der Reihenfolge der Häufigkeit nach der Streptococcus, der Pneumococcus, der Staphylococcus pyogenes albus und der Tuberkelbacillus; in den Epiduralabscessen der Pneumococcus, Streptococcus und Staphylococcus; bei Sinusthrombose fast nur der Streptococcus. Dagegen fanden sich von den Eitercoccen in den nach chronischer Eiterung aufgetretenen Empyemen, Epiduralabscessen und Sinusthrombosen fast nur der Staphylococcus albus. Aus den Hirnabscessen (meist nach chronischer Eiterung) konnte von den Eitercoccen fast nur der Streptococcus gezüchtet werden. In sämtlichen Fällen von Perichondritis (4) der Bacillus pyocyaneus in Reinkultur.

Hasslauer: Die durch Unterkieferläsionen verursachten Gehörgangsverletzungen. (Zeitschr. f. O., 35. Bd., 3. H.)

H. stellt aus der Litteratur 30 Fälle zusammen und fügt 3 neue aus den Journalen des Garnisonlazareths Würzburg hinzu. Bei allen 3 waren ausser dem Knochen auch die Weichteile des Gehörganges verletzt. Bei zwei stellte sich Eiterung ein.

Muck: Ueber die Farbe des lebenden rachitischen Knochens nach Operationsbefunden bei Mastoiditis rachitischer Kinder. (Ibid.)

Der Knochen hatte in den beiden Fällen hellrosenrote Färbung, die sowohl an der Oberfläche als in der Tiefe zu sehen war.

Muck: Bezold'sche Mastoiditis bei Kindern. (ibid).

Diese Form ist bei Kindern sehr selten. In allen den mitgeteilten Fällen war die Mittelohreiterung nach Scharlach entstanden und waren Zerstörungen am Knochen resp. blossliegender Knochen vorhanden; dagegen findet sich von grossen Zellen in der Spitze des Warzenfortsatzes, der gewöhnlichen Ursache des Entstehens dieser Form bei Erwachsenen, nichts angeben.

Halasz: Trepanierung des Warzenfortsatzes mittelst zahnärztlicher Bohrmaschine. (Monatsschr. f. O. 1899.)

H. empfiehlt die besonders von Macewen viel angewendete Bohrmaschine, die sich bis jetzt noch nicht in Deutschland einbürgern konnte.

B. Fränkel: Bemerkungen über den üblen Geruch aus dem Munde. (Arch. f. Laryng. Bd. 10, Heft 1.)

Zuerst muss als Quelle des Foetor mit Sicherheit die Nase ausgeschlossen sein, indem man die Expirationsluft bei festgeschlossenem Munde durch die Nase und dann bei geschlossener Nase durch den Mund ausatmen lässt und beriecht. Mittels eines mit einem Wattebausch armierten Tamponträgers betupft man die verdächtigen Stellen des Mundes oder Pharynx; der Geruch des an der Watte haftenden Secrets lässt uns dann meist den Sitz des Krankheitsherde finden. Für den Foetor ex ore sind vielfach cariöse Zähne verantwortlich zu machen, nach deren sachgemässer Behandlung der üble Geruch rasch verschwindet. In zweiter Linie stammt der üble Geruch aus den in den Krypten und Fossulis der Tonsillen sich ansammelnden Mandelpfröpfen oder kleinen käsigen Abscessen im Gewebe. Durch Tonsillotomie oder Schlitzung der Fossulae event. Bepinselung mit Lugolscher Lösung sind diese Herde zu beseitigen. Als dritter Ort kommen die Plica tonsillaris und der Recessus tonsillaris in Betracht, die bisweilen ein in „aashaft stinkender Zersetzung begriffenes, eingedicktes Secret“ enthalten. Ist an den angegebenen Orten nichts Pathologisches nachweisbar, und sind auch die tieferen Respirationswege und Oesophagus als Entstehungsort des üblen Geruches auszuschliessen, „so müssen wir annehmen, dass Secrete der ganzen Schleimhaut in stinkender Zersetzung begriffen sind“. In diesem Falle sind wir auf häufige Ausspülungen von Mund und Schlund mit bactericiden desodorierenden Medikamenten angewiesen. Zu erwähnen sind noch jene Fälle, bei denen nur eine subjektive Kakosmie ohne objektiv wahrnehmbaren Foetor besteht, oder bei denen der supponierte, die Umgebung angeblich belästigende Foetor nur in der Vorstellung des Kranken vorhanden ist, eine Erscheinung, die z. B. bisweilen bei Hypochondrie und echter Paranoia als erstes Zeichen der Erkrankung sich einstellt.

Arslan: A proposito di 1800 casi di tumori adenoidei. (Arch. ital. di otologia, rinologia etc. 1899, Nr. 2.)

Adenoide Vegetationen kommen in Italien fast in demselben Häufigkeitsverhältnis vor wie in nördlichen Ländern, denn die von A. verwendeten 1800 Fälle betragen 21 Proz. aller in der Klinik zu Padua behandelten Fälle von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Es geht aus den vorliegenden Mitteilungen ferner die Thatsache

hervor, dass adenoide Vegetationen bei Erwachsenen durchaus nicht so selten sind: 37 % der Fälle betreffen Personen jenseits des 15ten Lebensjahres, 18 % waren noch älter als 21 Jahre. Unter den Komplikationen bei adenoiden Vegetationen kam die Otitis media suppurativa in 22 % der Fälle vor. Gewöhnlich besserte sich das Ohrenleiden oder es verschwand gänzlich ohne jede direkte Behandlung, bald nachdem die adenoiden Vegetationen beseitigt worden waren. Die Intensität einer derartigen Otorrhoe steht durchaus nicht in geradem Verhältnis zu der Grösse der Wucherungen. Selbst ganz geringe Wucherungen können einen sehr lebhaften Entzündungsprozess im Mittelohr unterhalten. Deshalb ist es notwendig, adenoide Vegetationen auch dann zu entfernen, wo sie bei geringem Umfang noch gar keine wesentlichen Krankheitserscheinungen machen. Otitis media sicca kam 17 mal (1 %) vor. Pertussis kam in 15 Fällen vor. Merkwürdigerweise besserte sich diese Krankheit oder heilte sogar gänzlich bald nach der operativen Entfernung der Vegetationen. Stottern wurde nur beeinflusst, wenn es sich um ganz junge Kinder handelte. Aproxie wurde im Gegensatz zu anderen Autoren nur sehr selten, in 3 Fällen beobachtet. A. glaubt auch nicht, dass die adenoiden Vegetationen zur Aproxie in ursächlicher Beziehung stehen. Was die Operation selbst anlangt, so wurde bei derselben stets die Bromäthylnarkose angewendet, die in allen Fällen stets vollkommen zufriedenstellend verlief.

G. Garbini: Contributo allo studio della tuberculosis dell orecchio medio. (ibid.)

Ueber die Häufigkeit der Tuberkulose des Mittelohres stimmen die Ansichten der Autoren wenig überein. Während die genannte Affektion von manchen als eine seltene betrachtet wird, behaupten andere, dass man sie bei kachektischen, mit langdauernder Otorrhoe behafteten Individuen ziemlich häufig finde. Diese Verschiedenheit der Ansichten ist sicherlich zum Teil durch die Verschiedenheit der verwandten Untersuchungsmethoden zu erklären. G. suchte die Frage unter möglicher Ausschaltung aller Fehlerquellen zu lösen, indem er dazu sich ausschliesslich des Thierexperiments bediente. Er verwendete zu seinen Untersuchungen ausschliesslich solche Fälle, die allgemein als tuberkulös betrachtet werden, nämlich chronische Ohreiterung mit Caries der Gehörknöchelchen oder anderer Teile des Schläfenbeins bei elenden, herabgekommenen Individuen. Er inoculierte die polypösen und fungösen, aus Paukenhöhle oder Centrum entfernten Granulationen unter die Abdominalhaut von Kaninchen. Von vierzig derartigen Fällen konnten positive Resultate nur in dreien erzielt werden, obwohl es sich immer um eine seit frühester Kindheit bestehende Otorrhoe handelte.

Gruber: Ein Fall von Dehiscenz an der unteren Wand des knöchernen äusseren Gehörganges mit Einlagerung des Bulbus venae jugularis in die dadurch entstandene Lücke. (Monatsschr. f. O. 1900).

Der Defekt war 6—7 mm lang, 3—4 mm hoch.

Die Haut des Gehörganges setzte sich über denselben fort und war so dünn, dass der Bulbus der Vena jugularis deutlich durchschimmerte. Bei Druck auf die Vena jugularis interna am Halse schwoll er an.

Löhnberg: Ein Fall von Stichverletzung des Ohres mit Ausfluss von Hirnwasser. (Münch. med. W. 1900 Nr. 3.)

Stich in den Gehörgang, wahrscheinlich durch Hutnadel, mit nachfolgendem Schwindel, Erbrechen, Pulsverlangsamung und mässigem Ausfluss seröser Flüssigkeit ca. 10 Tage lang. Perforation im hinteren, oberen Quadranten. Heilung mit gutem Gehör. L. nimmt als das Wahrscheinlichste an, dass der Stich zu einer Perforation des tegmen tympani und zur Eröffnung der subarachnoidealen Räume geführt hat.

Mabu: Examen de l'oreille dans les sténoses accidentielles de conduit. (Arch. intern. de laryng. Bd. XIII. Nr. 1.)

In Fällen von Stenose des äusseren Gehörganges, die in Folge von Eczem oder Furunkel zu Stande kommen, ist es meist sehr schwierig, das Trommelfell zu sehen. Dieses wird durch ein von M. konstruiertes Instrument (speculum dilatateur) ermöglicht.

Lermoyez: Traitement de l'eczéma de l'oreille. (La Presse med. 1900.)

L. ist hinsichtlich seiner therapeutischen Grundsätze Eklektiker, indem er sowohl die Therapie der Wiener Schule als auch die in Deutschland üblichen Methoden und die speziell französischen, besonders allgemein diätetischen Vorschriften berücksichtigt. Bei Anwendung der lokalen Therapie muss die individuell ganz verschiedene Toleranz für jedes Heilmittel berücksichtigt werden. („Il faut respecter les caprices de chaque peau.“)

Der Darmkrebs im Kindesalter. Von Zuppinger. (Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 17.)

Z.'s Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, das 3 Monate vor der Untersuchung mit Kolikanfällen erkrankte, denen sich später Schmerzen bei der Defäkation anschlossen, sowie Stuhlzwang. In letzter Zeit war oft Blut im Stuhl. Die Perkussion und Palpation ergab ein völlig negatives Resultat, ebenso die Digitaluntersuchung per rectum.

Bald trat nach anfänglichem Wohlbefinden Erbrechen ein, dann Schmerzen im Leib und es erfolgten flüssige, schwarzbraune, später rein blutige, schwarzrote Stühle. Dabei war der Puls fadenförmig, Temperatur 37,2, die peripheren Körperteile wurden kalt, das Sensorium war benommen. Am nächsten Tage war das Abdomen aufgetrieben, bretthart und trotz Kochsalzinfusion und Kampher trat der Exitus ein. Die Diagnose war auf Invagination gestellt.

Die Obduktion ergab im Abdomen eine trübe, wässrige, fibrinhaltige und gasführende Flüssigkeit. Das Colon war in seiner ganzen Länge stark ausgedehnt, das Netz, verwachsen mit Leber und parietalem Peritoneum, enthielt einige harte, weisse Knoten, eine hühner-eigrosse Geschwulst war aus seiner Verwachungsstelle mit der Leber ausschälbar. Die Flexura sigmoidea zeigte sich an einer Stelle ringförmig abgeschnürt, wo sich eine diffuse Infiltration des Mesenterium und des rechten Douglas fand. Erbsengrosse Knoten lagen ferner am Rande der Darmbeinschaukel und in der Leber.

An der eingeschnürten Stelle des Darms wurde ein gürtel-

förmiges Geschwür mit starren, wallartigen Rändern gefunden, das sich mikroskopisch als Cylinderzellensarkom erwies, welches in Leber, Peritoneum, Netz und retroperitonealen Lymphdrüsen Metastasen gemacht hatte.

Aus den bisher beobachteten Fällen von Darmkrebs im Kindesalter (Verf. fand 11 primäre Darmkrebse) ergibt sich, dass derselbe meist Knaben befällt, und zwar findet er sich meist im Dickdarm, seltener im Mastdarm. Selten ist ausgesprochene Kachexie zu beobachten, sondern nur starke Anämie. Der Tod tritt sehr rasch ein. Operationen haben schlechte Erfolge, da die Diagnose erst sicher zu stellen ist, wenn schon Metastasen aufgetreten sind.

M. Moltrecht-Halle.

Beitrag zum Studium der bösartigen Nierengeschwülste im Kindesalter. Von Sorgente. (Annales de médecine et chirurgie infantiles. 1899, No. 24, 1900 No. 1.)

Bis zum Jahre 1876 waren die bösartigen Neubildungen im Kindesalter als eine grosse Seltenheit angesehen worden; seitdem Duran damals 182 Fälle von malignen Geschwülsten bei Kindern gesammelt, wurden immer mehr Fälle dieser Art bekannt, sodass die relative Häufigkeit maligner Neubildungen bei Kindern nun allgemein anerkannt ist.

Unter diesen nehmen die Nierengeschwülste den ersten Rang ein. S. bringt aus der Klinik von Concetti 5 Fälle von Nierensarkom, welche Kinder im Alter von 5 und 9 Monaten, von 2 und 7 $\frac{1}{2}$ Jahren betrafen. Verlauf des Leidens, Operation und histologischer Befund sind bei zweien der Fälle genau beschrieben. Eines der operierten Kinder kam mit dem Leben davon und zwar sind bereits 4 Jahre seit der Operation verschwunden, ohne dass sich ein Recidiv gezeigt hätte. Aus der Statistik anderer Operateure ergibt sich ebenfalls die schlechte Prognose für diese Fälle, welche entweder nach der ersten Operation oder an Recidiv zu Grunde gehen, (ca. 90 Proc.). In den letzten Jahren scheinen aber die Fälle von definitiver Heilung zugenommen zu haben. S. rät daher dringend, sofort nach gestellter Diagnose stets die Nephrectomie vorzunehmen.

Netter-Pforzheim.

Ueber Eclampsie, Tetanie und Poliomyelencephalitis der Kinder. Von Concetti. (Allgemeine Wiener medicinische Zeitung No. 28, 1900.)

Die Eclampsie beruht auf einer speciellen neuropathischen Anlage, infolge deren sich leicht eine Epilepsie anschliessen kann. Die prädisponierenden Ursachen derselben bilden: neuropathische Belastung, Rhachitis, Syphilis, anatomische Veränderungen des Darmes, der Leber und der Nieren, leichte Zersetzbarkeit des Albumins der Gewebe, Anomalien des Nervensystems und andere anatomische Ursachen. Die Gelegenheitsursachen sind toxische, toxisch-infektiöse, autotoxische, mechanische, psychische Momente, Fremdkörper, Compression von Geweben, periphere schmerzhafte Reize. Die Therapie

ist causal. — Die Tetanie der Kinder hängt mit gastrointestinalen Störungen zusammen, oft findet sie sich mit Rhachitis vergesellschaftet. Sie charakterisiert sich durch tonische Krämpfe der Extremitäten. Es handelt sich vielleicht um mikroskopische, moleculare, nicht wahrnehmbare Veränderungen in den Nerven-elementen; bei einigen protahierten Fällen wurden auch sichtbare Veränderungen in den Vorderhörnern beschrieben. — Bei schwächlichen, neuropathischen Kindern kommt nicht selten eine Symptomengruppe vor, welche grosse Aehnlichkeit mit den Symptomen der Meningitis hat (Kopfschmerzen, Nystagmus, Puls arhythmisch, langsam, Nackenstarre.) C. mahnt zur Vorsicht bei Stellung der Diagnose auf Meningitis, da er selbst zwei Fälle beobachtete, in welchen die bedrohlichen Meningitissymptome binnen einem Monate unter hygienisch-therapeutischer Diät (Abführmittel, Darmdesinfection) verschwanden. Diesen Symptomen-complex nennt C. Meningismus. — Die Poliomyelitis und Polyencephalitis acuta sind im kindlichen Alter ziemlich häufig. Sie basieren auf Entzündung der grauen Substanz des Rückenmarkes oder der Hirnrinde und charakterisieren sich durch Lähmungen von spinalem oder cerebralem Typus. Das oft epidemische Auftreten der Krankheiten lässt an eine spezifische, vielleicht mikrobische Ursache denken, in anderen Fällen liegen infectiöse und toxische oder intestinal-toxische Ursachen vor. Die Lähmungen sind je nach der Intensität und Localisation des Processes von verschiedener Art und Dauer. Schlanke spinale Paralysen sind der Ausdruck eines vorgeschrittenen Anfalles von Poliomyelitis anterior acuta. Goldbaum-Wien.

Idiopathische Osteopsathyrosis. Von L. Lange. (Münchener med. Wochenschr. 1900, No. 25.)

Fälle von abnormer Knochenbrüchigkeit, bei denen sich für diese Erscheinung keine erkennbare Ursache findet, sind nicht sehr häufig. Verf. beobachtete einen solchen bei einem Kinde gesunder Eltern, das auch bis zum Alter von 22 Monaten keine Krankheits-symptome zeigte. Damals brach es sich bei einem Fall vom Sopha einen Oberschenkel, bald darauf, als es sich gegen eine Untersuchung wehrte, den andern. Jetzt folgten in kurzen Zwischenräumen 20 Frakturen der verschiedensten Knochen, die alle nach ganz geringen Gewalteinwirkungen auftraten. Bei Untersuchung des Kindes ergaben sich starke Deformitäten der unteren Extremitäten. Die Beine sind säbelförmig gekrümmt und seitlich abgeplattet, die Wadenmuskulatur atrophisch. Federnde Biegsamkeit der Knochen war nicht nachweisbar. Pat. kann nicht ohne Stütze stehen und sitzt mit stark aussenrotierten Beinen, so dass diese fast einen Kreis bilden. Die Arme werden frei gebraucht.

Für Rachitis fehlt jeder Anhalt, auch kommen bei dieser meist nur Infraktionen vor. Da ebenso die übrigen Grundkrankheiten für eine symptomatische Knochenbrüchigkeit auszuschliessen sind, wie allgemeine Ernährungsstörungen, Tumoren, bestimmte Nervenerkrankungen, so liegt hier eine idiopathische Osteopsathyrosis vor.

Nach einer Uebersicht über die Litteratur kommt Verf. zu den

Ursachen der Erkrankung. Das Leiden ist meist erblich. Ueber die pathologisch - anatomischen Grundlagen ist noch keine Einigkeit der Meinungen vorhanden. Nach Verf. handelt es sich nicht um absolut Dickenatrophie der Knochen, sondern um ein Ueberwiegen der zentralen Resorptionsvorgänge über die periostale Apposition. So entsteht eine äusserst dünne Corticalis. Die letzte Ursache hierfür ist aber gänzlich unbekannt. Vielleicht handelt es sich um den Einfluss trophischer Nerven.

Eine Therapie mit Arsen, Phosphor, roborierender Diät etc. gab geringe Erfolge. Einmal soll Thyrojojin von guter Wirkung gewesen sein. In vielen Fällen kommt die Krankheit von selbst zur Ausheilung.

M. Moltrecht-Halle.

Die Nahrungsmittel-Industrie an der Jahrhundertwende, Von L. Fürst. (Reichs.-Med. Anzeiger, No. 15, 1900.)

Nach einem resumierenden Ueberblick über die moderne Nahrungsmittel-Industrie, der Verf. mit Recht kein allzu grosses Loblied singt, äussert er sich dahin, dass die Aerzte — und die Laien folgen willig diesem Zuge — sich immer mehr von den künstlichen Nährpräparaten bei der Säuglingsernährung ab- und der Milch und den Milch-Präparaten zuwenden, d. h. im Vordergrunde steht die Ernährung mit der Mutterbrust, wo dies aber unmöglich ist, kommen die Kuhmilch oder die alten, ungesuchten, aber bewährten Milchpräparate an die Reihe. Bezüglich der Milch hat man während der letzten Jahrzehnte in rationeller Weise den Schwerpunkt wieder auf die Produktion gesunder, tadelloser Milch gelegt, die Molkerei- und Stallhygiene gepflegt. Höchstens billigt man solche Veränderungen an der Kuhmilch, wie Fett-Anreicherung, Casëinlösung u. dgl., durch welche die Milch in ihrer Form, nicht in ihrem Wesen verändert wird. Auch das Condensieren der Milch im Vacuum mit Zuckerzusatz nach Nestlé's Vorgang hat wieder mehr an Beliebtheit gewonnen. Man ist nach Verf. darüber einig, dass in den ersten 3—4 Monaten Kuhmilch in irgend einer passenden Form die geeignetste Säuglingsnahrung ist, vom 5.—6. Monat an jedoch ein Brei, den man sich am besten mit dem schon vor etwa 30 Jahren von Nestlé angegebenen „Kindermehl“, richtiger wohl „Milch-Zwieback-Pulver“ bereiten kann. Das Präparat ist reich an Milch, stammt von absolut perlsuchtfreien, auf Alpenweiden lebenden Kühen, die Herstellung ist stets gleichmässig, (was allerdings nach neueren Anschauungen gerade kein Vorteil wäre Ref.) und erfolgt bei Temperaturen, welche eine vollkommene Sterilisation verbürgen. Das Weizenmehl des fein gemahleneu Zwiebacks enthält durch Röstung grösstenteils aufgeschlossenes Stärkemehl, das Präparat konserviert sich sehr lange und erhält fast ausnahmslos Wohlfinden und Ernährung in gutem Stande. Das Präparat eignet sich deshalb in der Uebergangszeit zu festerer Kost neben keimfreier, fettreicher Milch als Säuglingsnahrung. Sie wird dann mit 1 $\frac{1}{2}$ J. durch Griesbrei, Fleischbrühe, später auch zartes Geflügel, Eier und die beim 2—3jähr. Kinde übliche Kost abgelöst. Das theoretische Vorurteil, das Nestlé'sche Kindermehl enthalte schwer assimilierbares

Stärkemehl, hat Verf. längst widerlegt u. a. a. O. betont, dass es nie Mesenterialdrüsenanschwellung, nie Störung der Darmfunctionen verursacht, im Gegenteil gestörte Darmfunctionen, insbesondere Neigung zu Diarrhöen, wieder in Ordnung bringt. In zahlreichen Fällen hat er die Erfahrung gemacht, dass das Präparat gerade zwei Haupt-Indicationen der Kinderdiätetik erfüllt, nämlich, auf angenehme Weise zu sättigen und das Körpergewicht konstant zu steigern, also der Atrophie entgegenzuwirken. S.

Ueber Houthin. Von Frieser. (Wiener medicinische Blätter No. 29, 1900.)

Das in Verkehr gebrachte Mittel „Houthin“ ist ein keratinisiertes Tannalbuminpräparat. Es ist ein feines, gelblichgraues Pulver, welches in Wasser unlöslich ist, in Alkohol und Aether jedoch sich leicht löst. Es ist vollkommen geschmack- und geruchlos. — F. hat das Houthin in 38 Fällen von katarrhalischen Darmerkrankungen und Sommerdiarrhöen der Kinder durchwegs mit sehr gutem Erfolge zur Anwendung gebracht. Die Resultate, die er damit erzielte, sprechen für die ausserordentliche Wirkung und Verwendbarkeit desselben; es ist das beste aller bisher bekannt gewordenen Darmadstringentien, es ist in seiner Wirkung verlässlich, es ergibt einen viel rascheren und nachhaltigeren Heilerfolg als die bisherigen Mittel, es belästigt den Magen in keiner Weise und wird sehr gut vertragen. Schon nach kurzem Gebrauche wurden die diarrhöischen Stühle consistenter und seltener und nahmen eine normale Beschaffenheit ein, die Kolikschmerzen hörten auf und die Symptome des Darmkatarrhes schwanden vollends. F. verordnet das Präparat in Pulver, oder auch in Salepdecoct in Einzelgaben von 0,2 bis 0,5 gr. dreimal täglich. Auch äusserlich als Streupulver bei secernierenden Wunden und Geschwüren angewendet, bewährt sich das Houthin als vorzüglich adstringierendes Mittel.

Goldbaum-Wien.

Ueber die Anwendung des Epicarins bei einigen Hautaffectionen der Kinder. Von Krauss. (Allgemeine Wiener medicinische Zeitung Nr. 23, 1900.)

Das Epicarin ist ein Condensationsprodukt von Kreosotinsäure und Naphthol. Es stellt ein röthliches Pulver dar, welches in Alkohol, Aether und Vaselineöl leicht löslich ist, schwach nach Essigsäure riecht, völlig ungiftig ist und antimykotisch und antibakteriell wirkt. Verf. hat es bei 13 Fällen von Scabies, 2 Fällen von Herpes tonsurans, 3 Fällen von Prurigo und vier Fällen von Eczema chronic. in folgender Form angewendet:

Rp. Epicarin 5.0
Lanolin 90.0
Ol. olivar. 10.0
DS. Aeusserlich.

Gegen Scabies wirkt das Mittel günstig, bei bereits infolge des

Kratzens vorhandenem Eczem wurde letzteres allerdings verschärft. Das Jucken verschwand schon nach der ersten Einreibung. Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 4—14 Tagen. Einen vorzüglichen Effect hatte des Epicarin auch bei Herpes tonsurans, bei welchem in 8 Tagen Heilung eintrat. Bei Prurigo war eine Linderung zu beobachten, dagegen versagte das Mittel vollständig bei Eczema chronic.

Goldbaum-Wien.

Gesundheitspflege.

In seinem Werkchen „Anleitung zur Zahn- und Mundpflege“ stellt Dr. C. Röse folgende Leitsätze der Zahn- und Mundpflege auf: 1) Vergiss' lieber das Gesicht zu waschen, als den Mund und die Zähne zu reinigen. 2) Erziehe Deine Kinder so früh wie möglich zur Zahnpflege. Was in der Jugend versäumt ist, lässt sich im späteren Alter nie wieder gut machen. Die Gesunderhaltung der Milchzähne ist genau so wichtig wie die der bleibenden Zähne. 3) Hüte Dich vor süßen Näschereien und vor zu weicher Nahrung! Das kräftige Kauen eines derben, dickkrindigen Schwarzbrottes ist die beste natürliche Schutzvorrichtung gegen Zahnverderbniss. 4) Vergiss' vor Allem nicht, abends vor dem Schlafengehen die Mundhöhle zu reinigen! Wer nur morgens putzt, deckt den Brunnen zu, nachdem das Kind hineingefallen ist. 5) Die mechanische Reinigung mit Hilfe von Zahnbürste und Zahnstocher bildet die Grundlage jeder künstlichen Zahnpflege. 6) Antiseptische, aber dabei unschädliche Mundwässer und gute Zahnpulver sind durchaus empfehlenswert zur Vervollständigung der künstlichen Zahn- und Mundpflege. Mundpflegemittel, die die Schleimhaut ätzen oder die Zähne entkalken, sind unbedingt zu vermeiden. 7) Man lasse die Zähne jährlich 1—2 Mal vom Zahnarzte nachsehen, damit Erkrankungsherde entdeckt und beseitigt werden können, bevor sie umfangreich geworden sind. 8) Der Zahnstein soll von Zeit zu Zeit gründlich entfernt werden. 9) Kranke Zähne und Wurzeln, die durch Wurzelbehandlung nicht mehr erhalten werden können, müssen unter allen Umständen ausgezogen werden, gleichgültig ob sie augenblicklich schmerzen oder nicht. 10) Suche bei deinen Kindern die gesunde Entwicklung der Zähne zu fördern, indem du der Mutter vor der Geburt und während des Stillens, dem Kinde selbst besonders in den ersten Lebensjahren kräftige, nährsalzhaltige Nahrung (Milch, Eier, grüne Gemüse) verschaffst.

S.

Rezensionen.

Zur Geschichte der Prophylaxe. Von Dr. S. Goldschmidt. Abteilung XIII des Handouchs der Prophylaxe von Nobiling-Jankau. München, Seitz & Schauer, 1900. Preis 1 Mk. 50 Pf.

Auf 42 Seiten wird uns hier ein Gebiet entrollt, das ebenso

der Geschichte der Medizin wie der Kulturgeschichte angehört und dessen Bedeutung dem jungen Arzt erst in neuerer Zeit auf den Universitäten klar gelegt wird.

Wir sehen, wie sich die Fürsorge um die Gesundheit schon beim Urmenschen entwickelte, wie dieser die Entstehung und Ursache der Krankheiten sich vorgestellt haben mag, wie sich die alten Kulturvölker die Grundursache der Krankheit dachten, welche manchmal ganz vernünftige Massnahmen dieselben zum Zwecke der Erhaltung ihrer Gesundheit trafen, welche oft aber uns heute ganz unverständlichen Verordnungen sie erliessen, die dem Aberglauben oder der persönlichen Auffassung eines Priesters entsprangen.

Der erste Teil führt uns ein in die hygienischen Bestrebungen der alten Indier bei Geburt, Wochenbett, Sterbefall, Hausbau u. ä., erklärt uns die Marktverordnung des Confucius, die Vorschriften in Bezug auf Essen, Wohnung und Reinlichkeit bei den Chinesen, die von Moses eingeführten und mit grosser Strenge gehandhabten Ge- und Verbote betreffs des Essens, die Aufsicht über das Schlachten u. a. m. Unter den genannten drei Völkern stehen jedenfalls die Bestrebungen des Talmud wissenschaftlich am höchsten.

Zum Schlusse behandelt er das aufgeworfene Thema bei den alten Assyrern, Egyptern, Römern und Griechen.

Im zweiten Teil bespricht Verf. einzelne prophylaktische Massregeln: er zeigt uns zunächst, welch' grosser Wert schon im grauen Altertume auf gutes Trinkwasser gelegt wurde. Die nächsten Kapitel bringen einen historischen Ueberblick über das Baden, über Leichenbestattung, über Fleischversorgung und die dazu gehörigen gesetzlichen Bestimmungen (speziell auch bei unseren Vorfahren), endlich über die persönliche Prophylaxe, ein Punkt, der zuviel Interessantes bietet, um hier eingehender besprochen werden zu können.

Im dritten Teil kommt Verf. auf die historische Entwicklung in der Prophylaxe der epidemischen Krankheiten und bespricht in erster Linie die Pocken und die verschiedenen Stadien der Entwicklung des Impfens, dann den Aussatz und die venerischen Erkrankungen, zum Schluss die Pest und die Cholera asiatica.

Auch dieser Band bietet dem Arzte viel Neues und Wissenswertes und ist dem Studium sehr zu empfehlen, das durch die Kürze des Ausdruckes, die Klarheit der Darstellung und durch das Anziehende des Stoffes zu einem sehr angenehmen wird.

von Schnizer-Auantz.

Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Von Professor Dr. E. Zuckerkandl. I. Heft: Kopf und Hals. Mit 14 Figuren in erläuterndem Texte. Wien und Leipzig, Wilh. Braumüller, 1900. Preis 12 Mark.

Der bekannte Anatom bringt in dem vorliegende Atlas Ansichten von Körpergegenden, wie er sie in seinen Vorlesungen über topographische Anatomie seinen Hörern vorzuführen pflegt. Deshalb sind überall die an den Objecten vorgefundenen Varietäten unverändert aufgenommen worden, was vom praktischen Standpunkte aus sehr zu billigen ist. Die Abbildungen sind ausserordentlich klar und

scharf, der begleitende Text bringt kurz und prägnant alles Nötige. Das Werk ist auf 5 Hefte berechnet und ist in dem vorliegenden die topographische Anatomie des Kopfes und Halses in 219 Abbildungen zur Darstellung gebracht. Die Ausstattung des Werkes ist vorzüglich. S.

Die Prophylaxe der Krankheiten im Kindesalter. Von Priv.-Doc. Dr. A. Fischl. Abtlg. III des Nobiling-Jankau'schen Handbuchs der Prophylaxe. München, Seitz & Schauer, 1900. Preis 2 Mark.

Es ist dem Verf. in ganz ausgezeichneter Weise gelungen, in dem 74 Seiten umfassenden Werkchen das Wichtigste aus der Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters in der ihm eigenen klaren und geistreichen Weise vorzuführen.

Von dem Anfangskapitel der Prophylaxe der Neugeborenen bis zum Schlusskapitel der kurativen Prophylaxe versteht es Verf. die Aufmerksamkeit der Leser reger zu erhalten und eine Masse Wissenswertes, zum grossen Teil auf eigenen persönlichen Anschauungen und Erfahrungen beruhend, vorzubringen. S.

Encyklopädie der Therapie. Herausgegeben von Prof. Dr. Liebreich, Prof. Dr. Mendelsohn und S.-R. Dr. Würzburg. III. Band. Berlin, Aug. Hirschwald, 1900. Preis des ganzes Werkes (3 Bände) 72 Mark.

Mit dem 3. Bande, der von „Secale coruatum“ bis „Zymotische Krankheiten“ geht und zum Schlusse ein ausführliches Sachregister über das ganze Werk enthält, gelangt die „Encyklopädie der Therapie“ zum Abschluss. Das Werk gereicht der deutschen Wissenschaft zur Zierde, den Herausgebern, Mitarbeitern und dem Verleger zur grossen Ehre. Zu einem verhältnismässig billigen Preis wird hier eine Zusammenfassung der Therapie nach jeder Richtung hin geboten, die den Anforderungen der modernen Medizin in jeder Weise und im besten Sinne gerecht wird. Bei aller praktischen Anlage und Brauchbarkeit steht das Werk auf der höchsten Stufe wissenschaftlicher Darstellung. Die lexikographisch angeordneten Stichworte, deren es nicht weniger als 5466 zählt, lassen im Augenblicke jedes Heilmittel, jeden Badeort, jede Arzneipflanze, jede Massnahme der einzelnen Methoden, jedes Hilfsmittel der Krankenpflege und gleichzeitig auch jede Krankheit, jede besondere Affektion sowohl wie jede einzelne Krankheitserscheinung, auffinden und dem augenblicklichen praktischen Zwecke nutzbar machen.

So sei denn dieses „standard work“ allen Kollegen auf's angelegentlichste anempfohlen! S.

16. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistung auf dem Gebiete der Hygiene. Herausgegeben vom Med.-Rat Dr. A. Pfeiffer. Braunschweig, Fr. Vieweg & Sohn, 1900. Preis 9 Mark.

Der 16. Jahresbericht bringt eine Uebersicht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene im Jahre 1898. Als Heraus-

geber ist an die Stelle des von der Redaction aus Gründen amtlicher Geschäftsüberhäufung zurückgetretenen Med.-Rat Dr. Wehmer M.-Rat Dr. A. Pfeiffer getreten, der im vorliegenden Berichte unter Mitwirkung einer Anzahl von Fachautoritäten eine vorzügliche Uebersicht über die Leistungen der Hygiene im Jahre 1898 nach den verschiedensten Richtungen hin gegeben hat.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Sclerema neonatorum oedematosum im Zusammenhang mit ausgedehnter Lungenblutung. Von J. Essen.

Bei einem 2100 g schweren und 43 cm grossen 7willingsskinde wurde bald nach der Geburt die Atmung oberflächlich, die Herzaktion schneller und schwächer. Unter Entwicklung von Oedemen, wobei die Haut glänzend und hart wurde, ging dann das Kind nach 8 Tagen zu Grunde. Die Sektion ergab neben klarer Flüssigkeit im Unterhautzellgewebe eine starke Blutung in die Lungen. Die Wandungen der sehr gefüllten Venen schienen unter dem Mikroskop eingerissen, ebenso die elastischen Fasern der Alveolen.

Die Lungenblutung erklärt Verf. durch Lungenblähung (vielleicht durch Vagus-Reizung?) und gleichzeitige Dehnung der elastischen Fasern der Alveolen und der mit ihnen verbundenen Gefässwände, wodurch eine Kapillar- und Venenruptur entstand. Das Sclerema ist dann eine Folge der durch den Widerstand in der Lunge bedingten Stauung im grossen Kreislauf.

(Münch. med. Wochschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Erfahrungen über den therapeutischen Wert des Tussol. — Von J. W. Frieser. —

Das Tussol (mandelsaures Antipyrin) hat sich als das beste der bisher bekannten Mittel gegen Keuchhusten erwiesen. Die Heftigkeit und die Frequenz der Hustenanfälle werden unter seiner Darreichung herabgesetzt und nach kurzer Zeit zum Stillstande gebracht. Auch bei den Komplikationen der Pertussis wie Bronchitis, Pneumonie u. s. w. wurden bei Tussolverabreichung ein milderer Verlauf und rasche Heilung beobachtet. Die Wirkung des Mittels ist zumeist prompt und zuverlässig, irgendwelche Nebenwirkungen unangenehmer Art waren nicht zu beobachten. Die Wirkung des Tussols ist auf seine ausgezeichneten sedativen und reflexhemmenden Eigenschaften zurückzuführen (Antipyrinwirkung! Red.). Das Tussol ist ein weissliches, im Wasser leicht lösliches Pulver von nicht unangenehmem Geschmack. Es wird in wässriger oder alkoholischer Lösung mit irgend einem Syrup verordnet, die Tagesdosis beträgt soviel Dezigramm, als das Kind Jahre zählt, die Verabreichung geschieht zweistündlich.

(Wiener med. Pr. 1900.) Goldbaum-Wien.

— Rasche Methode zur bakteriologischen Diagnose der Diphtherie. Von L. Concetti.

Betupfen der verdächtigen Stellen mit einem Wattebausch, der imprägniert ist mit durch Glucose glycerinirtem Agar. Von der steril verwahrten und bebrüteten Watte lassen sich dann schon nach 4 Stunden Deckglaspräparate herstellen. Färbung derselben nach Neisser mit Methylblau und Vesuvin, wodurch man die echten Diphtheriebazillen erkennen kann.

(Wien. med. Wochschrift 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Leberthraninjektionen bei Tuberkulose. Von W. Zeuner.

Aus den Versuchen bei einem sehr weit geschwächten Kranken geht hervor, dass Injektionen von Pankreatin-, Galle-, Kochsalzleberthranemulsionen in den Darm selbst von einem Schwerkranken gut vertragen werden. Nach 10—12 Stunden bereits ist eine genügende Resorption des eingespritzten Leberthranes erreicht, die im Tag 75 g der Fettemulsion betragen kann. Es ist nicht immer nötig vor dem Fettnährklyisma ein Reinigungsklystier zu geben. Tägliche Wiederholung des letzteren reizt mit der Zeit leicht den Darm. Als therapeutischen Nutzen erreichte Verf. eine wesentliche Besserung in dem Befinden, sowohl subjektiv wie objektiv. Die Leberthraninjektionen haben jedenfalls den Vorzug, dass sie, vorsichtig ausgeführt und individuell angewendet, keinen Schaden bringen, dagegen den Magen des Kranken schonen, sogar anregen können.

(Ther. Monatsh. 1900.) v. Boltens Stern-Bremen.

— Nach v. Ranke kann an der Thatsache kein Zweifel bestehen, dass Eselsmilch für Säuglinge der ersten Lebensmonate eine passende und zuträgliche, leicht verdauliche Nahrung darstellt. Der prozentualische Fettgehalt ist zwar ein geringerer als in der Muttermilch, aber die wichtigste Bedingung der Zuträglichkeit der Milch für den Säugling ist nicht sowohl der hohe Fettgehalt, sondern das ausschlaggebende Moment ist in dem Verhältnis der in der Milch enthaltenen Eiweisstoffe zu suchen.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 22.) Schnell-Egeln.

— Nach Hecht sind Blutentziehungen bei akuter Nephritis geboten: 1) bei dem Ausbruch der Uraemie, wenn die sonst üblichen Methoden der Diaphorese, Diurese und der Abführmittel im Stich lassen; 2) wenn Herzschwäche eintritt und der Hydrops trotz medikamentöser Behandlung immer bedrohlichere Dimensionen annimmt.

(Dtsch. med. Wchschr. 1900.) Schnell-Egeln.

— Stembo machte während einer länger dauernden Scharlach-Epidemie die Beobachtung, dass eine Schwellung der Lymphdrüsen ein bis zwei Tage mit leichten Fieberbewegungen einer Nephritis voranging und der Verminderung dieser Schwellung auch ein Nachlass respektive ein Schwinden der Nierenentzündung folgte.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1900 Nr. 22.) Schnell-Egeln.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
 Heroin muriat. 0,03—0,05
 Aq. lauroceros. 10,0
 DS. 2—3 mal tgl. 10—15 Tropfen
 Pertussis.
 (Hintner.)

Rp.
 Ol. Lin.
 Aq. Calc. aa 10,0
 Zinc. oxydat.
 Cret. praep. aa 15,0
 Mf. past DS. äusserlich
 (Pasta zinci mollis)
 Eczem. Combustion.
 (Unna.)

Rp.
 Tct. Jod. gtt. V—VIII.
 Aq. destillat. 70,0
 Syr. simpl. 10,0
 MDS. 2 stdl. 1 Kaffeel.
 Enteritis, Gastro-Enteritacut.
 (Callaneo.)

Rp.
 Jodoform. 0,1
 Mel. 100,0
 DS. kaffeelöffelw.
 Tuberculos.
 (Besnier.)

Rp.
 Camphor. pulv. 0,5
 Zinc. oxydat.
 Bismuth. subnitr. aa 7,5
 Talc. pulv. 20,0
 MDS. Streupulver (vorher Waschung mit Borwasser)
 Eczem. an.
 (Broy.)

Rp.
 Argent. nitric. 0,02—0,03
 Aq. destillat. 50,0
 DS. zum Klystier (auch innerlich
 stdl. 1 Kaffeel.)
 Gastroenterit. acut.
 (Debove.)

Kleine Mitteilungen.

Ein neues und sehr vereinfachtes Desinfektionsverfahren für Wohnungen ist dasjenige vermittelt der Carboformal-Glühblocks (Patent Kroll-Elb) der chem. Fabrik Max Elb in Dresden. Dieselben entwickeln beim Verglühen Ströme von Formaldehydgas, welche den zu desinfizierenden Raum erfüllen. Das F. besitzt die Eigenschaft (vid. die neuen Versuche v. Enoch „Eine neue Desinfektionsmethode mittels Formaldehyd“ Hygien. Rundsch. Nr. 25 1899), sämtliche Bakterien, mit denen es in Berührung kommt, abzutöten. Die Carboformal-Briquetts zeichnen sich durch ihre ausserordentliche Einfachheit, ihre Billigkeit, ihre für jeden Laien leicht zu handhabende Inbetriebsetzung und ihre gute Wirkung vor allen bis jetzt konstruierten Desinfektionsapparaten aus. Durch die den Glühblocks beigegebenen klare Anweisung kann jeder einigermassen Verständige die Desinfektion zuverlässig besorgen; die Desinfektions-Methode mittelst der C.-Glühblocks ist daher als ein grosser Fortschritt in der Wohnungsdesinfektion zu betrachten.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorausbezahrender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

Oktober 1900.

Heft 10.

Inhalt: Originalien: Klages, Beitrag zur Lehre von der Schrumpfniere im Kindesalter (Schluss), 217. — Friedmann, Die Anurie der Neugeborenen, 228. — Referate: Gallois, Skrofulose, 229. — Aleksejew, Pathologie der Bronchialdrüsen, 230. — Bonnaire u. Keim, Parotitis, 231. — Vidal, Chorea, 231. — Cohn, Tannin- und Silberpräparate, 232. — Bergel, Argentamin, 232. — Hoffa, Spondylitis, 234. — Gesundheitspflege: Frankenburger, Obligatorische und fakultative Jugendspiele, 234. — Rezensionen: Neumann, Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten, 2. Aufl., 236. — Friedmann, Die Pflege und Ernährung des Säuglings, 236. — Adler u. Kronfeld, Medizinische Chronik des 19. Jahrhunderts, 236. — Röse, Anleitung zur Zahn- und Mundpflege, 4. Aufl., 237. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 238. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 240. — Kleine Mitteilungen, 240.

Beitrag zur Lehre von der Schrumpfniere im Kindesalter.

Von Dr. Hermann Klages in Leipzig.

(Schluss.)

Ein ähnlicher anamnestisch nicht ganz klarer Fall liegt dieser Arbeit zu Grunde. Er stammt aus dem Material der Privat-Poliklinik für Kinderkrankheiten des Herrn Privatdozenten Dr. J. Lange zu Leipzig, für dessen gütige Ueberlassung ich Herrn Dr. Lange auch an dieser Stelle meinen ergebenen Dank sage. Durch seinen Verlauf und das bis jetzt sich zeigende Ergebniss ist der Fall nicht uninteressant; ich möchte mir deshalb erlauben, ihn zu publizieren, auf Grund der Daten und Thatsachen, wie sie anamnestisch und durch die Untersuchungen und Beobachtungen während der Krankheit des Patienten von Herrn Dr. Lange selbst festgestellt wurden, als auch auf Grund der von mir selbst erhobenen Befunde in einem Zeitabschnitt des Krankheitsprozesses, wie er momentan noch vorliegt.

Kurt M., 12 $\frac{1}{2}$ Jahr alt, Musikdirektors Sohn: Stammt von gesunden Eltern, von fünf Geschwistern sind zwei gestorben, das eine im Alter von drei Jahren an unbekannter Krankheit, das andere, 20 Jahre alt, an einem Lungenleiden. Bis zu seinem dritten Lebensjahre ist der Knabe nie krank gewesen, er war bis dahin ein in jeder Beziehung normales und kräftiges Kind. Im dritten Lebensjahre bekam

er eine Lungenentzündung, an die sich Scharlach mit starkem Exanthem und ausgesprochener Halsaffektion anschlossen. Der damals behandelnde Arzt wollte auch eine Kombination mit Spitzpocken für vorliegend halten. Der Knabe wurde wieder völlig gesund, soweit man nach der Aussage der Mutter die völlige Genesung anerkennen will. In den folgenden 8 Jahren glaubt die Mutter ferner, dass der Knabe nie wieder krank gewesen ist. Plötzlich am 1. September 1898 klagt er über Kreuzschmerzen, Kopfweg und bekam hohes Fieber, nachdem der Knabe länger als gewöhnlich sich in einem Flussbade aufgehalten hatte. Der hinzugerufene Arzt konstatierte eine hämorrhagische Nephritis, die einen subacuten Verlauf nahm; es trat kolossaler Hydrops, Ascites auf. Der Knabe blieb konstant im Bett, das Oedem blieb stark, besonders an der Knöchelgegend der unteren Extremität, dasselbe war auffallend fest. Das Gesicht war sehr blass, im Urin viel Eiweiss und alle Arten von Cylinder neben roten und weissen Blutkörperchen. Die genaueren Daten sind folgende:

Anfang November 1898 wurde der Knabe in Behandlung genommen, er hatte damals intensiven Ascites, Pericardialerguss, Oedem und Anasarca, gleichfalls fand sich ein Erguss in die Pleurahöhlen. Er bekam verordnet zweimal täglich Bäder zu 32° C. und Extr. fluid. secal. cornuti. Der Harn, der an Menge täglich ca. 1500 bis 1750 ccm betrug, hatte viel Epithelien und viele Cylinder aller Arten, der Eiweissgehalt betrug 7—8‰.

März 1899. Während einiger Wochen trat eine plötzliche Verschlimmerung ein. Anasarca nahm zu. P. hatte Erbrechen und Schwindel, Harnmenge sank auf ca. 300—400 ccm. Dieser Bestand dauerte 14 Tage lang, dann trat ebenso plötzlich wieder Besserung ein. Albumen blieb stets 6—8‰.

Ende Mai kam der Knabe auf das Sopha.

25. V. 1899. Seitdem nahmen die Oedeme ab, sie wurden geringer, ebenso das Anasarca, der Eiweissgehalt des Harns sank auch auf ca. 4‰ bis 4½‰.

Am 31. V. 1899 wurde eine Hypertrophie des Herzens konstatiert.

Am 17. VI. Oedem kaum noch vorhanden, Eiweiss 3½‰.

1. VII. Oedem an der unteren Extremität fast völlig geschwunden, Eiweiss 3⅞‰. Patient war die letzten Tage sehr elend, klagt besonders über grosse Hitze, schwitzt sehr stark. Er ging nach dem Soolbad Dürrenberg. Hier blieb er vier Wochen, bekam täglich Soolbäder.

12. VIII. Oedem an den Knöcheln gering, Allgemeinbefinden und Appetit nach seiner Rückkehr gut. In den vier Wochen seines Badeaufenthaltes 4 Pfund Gewichtszunahme. Die linke Herzdämpfung erstreckt sich bis 1,5 cm ausserhalb der Mammillarlinie. Eiweiss noch reichlich vorhanden, nach dreimal 24 Stunden 5‰ Eiweiss nach Esbach.

19. VIII. Oedem gering, cor: status. idem, Albumen noch reichlich.

26. VIII. Es stellt sich Oedem des Gesichtes ein, das Herz noch um 1 cm nach links verbreitert, viel Eiweiss.

22. IX. Subjektives Befinden besser, geringes Oedem, das Herz nur gering verbreitert über die linke Mammillarlinie.

30. IX. Status idem, pulsus parvus, 90 pro Minute.

4. XI. Aussehen besser, Eiweiss nach Esbach 3‰, vor acht Tagen 3‰.

25. XI. Eiweiss nach Esbach etwas über 2‰, Befinden wieder etwas schlechter.

9. XII. Allgemeinbefinden gut, Eiweiss nach Esbach 4‰.

14. XII. Allgemeinbefinden weiter günstig, nach einigen leichten turnerischen Uebungen — conaminis causa — steigt das Eiweiss auf 7‰.

25. XII. Subjektives Wohlbefinden. Herzdämpfung 2,5 cm links ausserhalb der Mammillarlinie, rechts fast normal, oben: oberer Rand der dritten Rippe.

Status praesens.

Ein 13jähriger Knabe.

Körpergrösse: ca. 147 cm,

Körpergewicht: 42 kg,

Körperbau: gracil, normal,

Ernährungszustand: mässig,

Muskulatur: schwach bis dürrig,

Haut: blass, anämisch, etwas trocken.

Thorax:

a) Form: Die untere Thoraxapertur ist verbreitert, die Gegend des Herzens auf der vorderen linken Brusthälfte erscheint etwas vorgewölbt.

b) gleichmässiges Atmen: Die rechte Seite schleppt bei der Inspiration etwas nach.

Lungengrenzen:

c) Die Lungenlebergrenze in der rechten Mammillarlinie zeigt der obere Rand und in der Parasternallinie der untere Rand der fünften Rippe an.

b) Die absolute Herzdämpfung erstreckt sich rechts bis zum linken Sternalrand, nach links bis 2—3 Querfinger von der linken Mammillarlinie ab, die obere Grenze giebt der obere Rand der dritten Rippe an.

Vergleichende Perkussion und Auskultation der Lungen vorn ergiebt auf beiden Seiten sonoren Lungenschall, etwas verschärftes Vesikuläratmen.

Herz:

Der Spitzenstoss ist im 4. J. C. R. ein Finger breit ausserhalb der Mammillarlinie zu fühlen, verbreitert, deutlich hebend; Pulsation im Epigastrium nicht vorhanden.

Die relative Herzdämpfung erstreckt sich nach rechts bis an den rechten Rand des Sternums, nach oben bis in den 2. J. C. R. und bis zum unteren Rand der zweiten Rippe, nach links bis zu fünf Querfingerbreite von der linken Mammillarlinie ab.

Die Herztöne sind deutlich zu hören; von denen der Pulmonalis erscheint der zweite Ton verstärkt, zeitweise hat er einen doppelten Anschlag der zweite Aortenton ist rein, verstärkt; auch der zweite

Mitraliston erscheint verstärkt, sonst aber ist er rein, wenn auch weniger voll klingend.

Die Frequenz des Pulses beträgt durchschnittlich 90 pr. M.; der Puls ist zwar voll, aber nicht übermässig stark, kein Drahtpuls. Seiner Form nach erscheint er bisweilen geteilt, dies häufiger an der rechten als linken Radialis; sonst ist er regelmässig, aber ungleich. Die Füllung der Arterie ist gut, ihre Wand von mässiger Spannung.

Die Untersuchung des Thorax auf der Rückseite ergibt in der vergleichenden Perkussion und Auskultation der Lungen nichts Anormales oder Auffälliges. Die rechte Spitze hat etwas verkürzten Schall und das Atemgeräusch ist etwas hauchender.

Abdomen:

Der Leib ist hoch, aber von weicher Konsistenz, abnormer Inhalt von Flüssigkeit ist nicht vorhanden.

Die untere Lebergrenze reicht bis zwei Finger breit unter den Rippenrand u. z. in der Mammillarlinie; die Leber ist palpabel, ihr unterer Rand deutlich glatt zu fühlen. Die Konsistenz scheint etwas härter, die Oberfläche zeigt keine wahrzunehmenden Unebenheiten.

Die Milz ist perkutierbar, vielleicht etwas vergrössert, aber nicht palpabel.

Am Augenhintergrunde ist nichts Anormales zu konstatieren.

Die Urinmenge betrug nach täglichen, durch mehrere Wochen hindurch fortgesetzten Messungen im Durchschnitt ca. 1755,3 ccm pro die. Das spezifische Gewicht schwankte zwischen 1012 und 1013, der Eiweissgehalt zwischen 4 und 5‰. Spezifische Formelemente irgendwelcher Art konnten trotz mehrfacher genauer Untersuchungen im Urin nicht gefunden werden. Einige Harnsäurekrystalle kamen jedoch vor.

Einen eigenartigen und bemerkenswerten Umstand möchte ich zu erwähnen nicht unterlassen, dass nämlich der Knabe bei schlechten klimatologischen Verhältnissen oder, sobald nur eine Veränderung in den bestehenden Witterungszuständen zum schlechtern eintritt, auch in dem Allgemeinverhalten sowohl seines Körpers wie auch seines Gemütes eine Verschlechterung zeigt. Dieser Zustand macht sich zuerst durch eine Gemütsdepression geltend, der Knabe wird unartig, traurig, mürrisch, er klagt über Unwohlsein und Kopfschmerz, er hat keinen Appetit, dann machen sich aber auch die Wirkungen auf seine spezifischen Leiden geltend, die Quantität des Urins nimmt zu, der Eiweissgehalt wird im ganzen erhöht. Tritt dann wieder gutes Wetter ein, so verbessert sich auch das Befinden des Kranken.

Die bemerkenswertesten Charakteristika aus dem Symptomenkomplex des gesamten Krankheitsbildes — kurz nochmals zusammengefasst — sind folgende:

Der Knabe hat im Alter von 3 Jahren eine Scharlachinfektion durchgemacht, die sehr schwere Erscheinungen damals gezeigt hat, ob eine komplizierte Nephritis sich später eingestellt hat oder zugleich auftrat, ist unsicher und nicht mehr zu eruieren. Während der darauffolgenden 8 Jahre ist er nie bemerkenswert krank gewesen. Dann setzt plötzlich eine hämorrhagische Nephritis ein, die einen subacuten Verlauf nimmt, starke Oedeme, Eiweiss, Cylinder, rote und

weisse Blutkörperchen, Herzhypertrophie, und deren Endergebnis sich noch folgendermassen präsentiert: ein bloss-anämischer, nervös-reizbarer, schwächerer Knabe, Urinmenge vermehrt, spezifisches Gewicht niedrig, der Eiweissgehalt relativ hoch neben gleichzeitigem Fehlen von spezifischen Formelementen. Von cerebralen Symptomen sind Kopfschmerz, Unwohlsein, zeitweiliges Erbrechen, von intestinalen starker Durst und Diarrhöen zu erwähnen.

Eine weitere bemerkenswerte Thatsache ist die Herzhypertrophie und die starke Accentuierung des 2. Tones — eine fast pathognomonische Erscheinung bei Schrumpfniere. Differential-diagnostisch käme neben Schrumpfniere nur die chronische parenchymatöse Nephritis bei der langen Dauer der Krankheit in Betracht. Auch bei dieser Krankheit findet sich konstant ein hoher, vielleicht noch höherer Gehalt an Eiweiss, aber auch an Formelementen, die Harnmenge ist vermindert, das spezifische Gewicht ist meistens erhöht.

Nach L. Thomas (Diffuse Nierenerkrankungen, Handbuch der Kinderkrankheiten 4. B., S. 262) entwickelt sich die chronische parenchymatöse Nephritis bei Kindern aus der akuten Erkrankungsform, also meistens im Gefolge gewisser primärer Affektionen, als dass sie wie bei Erwachsenen von vornherein chronisch, unmerklich beginnt. Da nun aber die infantile akute Nephritis, wenn sie nicht den Tod herbeiführt, fast stets in vollständige Genesung endet, so muss die chronische parenchymatöse Nephritis im Kindesalter selten sein. Sie findet sich vorzugsweise im Anschluss an Scharlach, erscheint aber auch nach den übrigen die akute Nephritis erzeugenden primären Affektionen und sonstigen Ursachen, ganz besonders auch nach Erkältung.

Bartels sah $1\frac{1}{2}$ Jahr nach Ablauf des Scharlachs eine chronische Nephritis eintreten, West (Kinderkrankheiten, 5. Auflage p. 406) fand ihre Zeichen $2\frac{1}{2}$ Jahr nach Hydrops scarlatinus. Thomas kannte einen sehr anämischen Kranken, der viele Jahre konstant Eiweiss verlor und seine Nephritis auf Jugendscharlach zurückführte. Bartels will sogar eine chronische parenchymatöse Entzündung heilen gesehen haben.

Wenn der Ausfall der verloren gegangenen Harnkanälchen nicht allzugross ist, so leidet auch die Funktion der Nieren keine Störung. Ist indessen zwischen den Harnkanälchen zu reichliches Bindegewebe entstanden, und der Druck, den dies schliesslich auf seine Umgebung ausübt, ein allzubedeutender, so wird dadurch eine Obliteration noch wegsamer Glomeruli und damit weitere sekundäre Atrophie absondernden Nierengewebes herbeigeführt, und „die chronische parenchymatöse Nephritis endet in sekundäre Schrumpfniere“. Bartels hielt hier nun an der Bezeichnung chronische parenchymatöse Nephritis fest.

Beginnt die chronische parenchymatöse Nephritis aber unmerklich, so weist kein Zeichen auf die Krankheit hin, als die Verminderung der Harnmenge und die Absonderung eines trüben, konzentrierten, in auffälliger Weise Uratsedimente darbietenden Harns, Albumen, Epithel, Cylinder, Detritus, stets weisse, fast nie rote Blutkörperchen finden sich, Fieber, örtliche Schmerzen, Appetitlosigkeit und dergl. fehlen fast vollständig.

In vielen Fällen kommt es zu vollständiger Genesung, weil nicht selten während des Heilungsprozesses oder nachträglich ein grosser Teil des Nierengewebes durch die sekundäre Schrumpfung des neugebildeten Gewebes wieder zu Grunde geht. Dann fahren die Nieren fort nach Ablauf der Entzündung Eiweiss auszuschcheiden, jedoch nimmt die Menge des Eiweisses allmählich mehr und mehr ab.

Die Dauer der chronischen parenchymatösen Nephritis ist sehr verschieden nach der Ursache, die sie herbeiführte; sie ist kurz, wo sie nur die Brücke zur Endkatastrophe ist, in anderen Fällen sehr lang, mehrere Jahre, besonders wenn sich allmählich Wassersucht entwickelt gehabt hatte und der Prozess schliesslich doch noch rückgängig geworden ist.

Auch Baginsky weist darauf hin, dass die subakute und chronische Nephritis gern auf vorausgegangene von akuter Nephritis begleitete Krankheiten wie Scarlatina, Morbillen, Diphtherie, Variola, Typhus, Cholera rekurriert. Häufig kann man auch wohl die Beobachtung machen, dass sehr lang hingeschleppte Albuminurie der akuten parenchymatösen Nephritis folgt, deren entzündlicher Charakter sich mehr und mehr verliert, und dass allmählich und zwar bei hygienisch-diätetischer Behandlung die Albuminurie schwindet. Weit häufiger wohl, als bisher geglaubt, geben gerade bei Kindern Anlass zu chronischen Nephritiden Erkältungen, chronische Uebel, Exantheme, die auf skrophulösem Boden bestehen, multiple Vereiterungen des Unterhautzellgewebes, chronische Verdauungskrankheiten u. s. w.

Guthrie hat 7 Fälle von chronischer interstitieller Nephritis bei Kindern im Alter von 5—14 Jahren gesammelt, von denen er einen selbst beobachtet hat, und giebt aus seinen Beobachtungen noch folgende Symptome des Krankheitsbildes an: „Die Kinder bleiben in der Entwicklung zurück, die Haut ist ziemlich trocken infolge des Mangels an Perspiration, rauh, unelastisch, anämisch, häufig pigmentiert.“ Auf diese Pigmentation legt Guthrie besonders Gewicht, sie kann zuweilen so stark sein, dass sie an die Addisonsche Krankheit erinnert. Guthrie meint, dass es sich bei diesem Prozess auch um Beteiligung der Nebennieren handelt. Häufig findet er dabei Herzhypertrophie und Verdickung der Gefässwände, Ascites ist in der Mehrzahl der Fälle nicht zur Ausbildung gekommen. Von cerebralen Symptomen sind Kopfschmerz, Unwohlsein, zeitweiliges Erbrechen, von intestinalen starker Durst und Diarrhöen zu erwähnen. Die Urinmenge ist vermehrt, Polyurie ist ein günstiges Zeichen, sie bedingt eine schnellere Ausscheidung der Toxine. Das spezifische Gewicht ist gering, der Gehalt an Eiweiss sehr verschieden, meist aber gering. Von Seiten des Respirationsapparates kamen häufig Anfälle von Bronchialkatarrh vor, asthmatische Zustände wurden bisher bei Kindern nicht beobachtet. Die Aetiologie war in fast allen Fällen dunkel, einige Fälle mögen im Anschluss an Scarlatina zu stande gekommen sein, Guthrie vermutet, dass Erkältung bei Kindern sicher eine nicht unwesentliche Rolle spielt; er warnt auch direkt, dass man sich hüten solle vor Komplikationen, die auf Erkältung beruhen.

Die übrigen differentialdiagnostischen Momente, die zur Entscheidung, ob chronische parenchymatöse Nephritis ob Schrumpf-

niere vorliegt, in Frage kommen, basieren wesentlich auf der Beschaffenheit des Urins, dem Hydrops, Ascites, ev. allgemeines Anasarka.

Es ist zu bedauern, dass eine genaue Kenntniss der Erkrankung im 3. Lebensjahre und vor allem ev. komplizierender Folgeerkrankungen und eine genaue Beobachtung des Knaben in den folgenden Jahren nicht vorliegt, sie würden die Entscheidung bei weitem erleichtern.

Das, was über die Beschaffenheit des Harns, und seiner Relationen zu den übrigen Organen, Funktionen und Erscheinungen des Körpers bekannt ist, ergibt sich aus der oben angeführten Krankengeschichte. Auf die eigenartigen Erscheinungen, die bei Erkrankungen der Niere von Seiten des Herzens beobachtet werden, werde ich noch später zurückkommen.

Zieht man nun das Resumé aus den Betrachtungen über die gesammten Symptome des Krankheitsbildes, so gewinnt man die Ueberzeugung, dass es sich in dem vorliegenden Falle um Schrumpfniere handelt, um eine granuläre Nierenatrophie, deren Aetiologie und Entwicklung nicht ganz einfach vorliegen, um klar übersehen werden zu können.

Die Symptome der granulären Schrumpfniere sind oft im Anfang ihrer Entwicklung gar nicht zu erkennen, die Entwicklung ist eine schleichende, die wirkliche Dauer kann daher — falls eine bestimmte Angabe über irgend eine primäre Erkrankung nicht vorhanden — wegen der fehlenden Beschwerden des Kranken gar nicht bestimmt werden. Liegt aber eine solche vor, wie in dem vorliegenden Falle, so ist es sicher eine äusserst interessante Frage, den Kausalnexus zu eruieren, in unserem Falle also festzustellen, ob zwischen der im dritten Lebensjahre erfolgten Scharlacherkrankung und dem acht Jahre später sich zeigenden Nierenleiden ätiologisch irgend welche Beziehungen sich finden lassen.

Rosenstein ist der Ansicht, falls man erst von der Zeit der Konstatierung der sicheren Symptome ab rechnet, dass Jahrzehnte vergehen können, ehe das Leiden tödlich wird; Rosenstein selbst giebt einen Fall von 30jähriger Dauer an.

Auffallend ist bei dem vorliegenden Fall der Umstand, dass nach achtjähriger Interkurrenz, während dessen, wollte man eben einen Kausalnexus in unserem Falle annehmen, eine latente Periode in der Nierenentzündung stattgehabt haben müsste, ein so plötzlich einsetzendes und starkes Aufflammen der Erkrankung stattfand, ohne dass von den Angehörigen irgend welche diese neue Eruption andeutende bezügliche Symptome an dem Kinde selbst beobachtet wären. Solche Fälle verschleppter Nephritis nach Scharlach mit ähnlich langer Zeitdauer sind allerdings schon früher vorgekommen und auch beschrieben worden.

Ich möchte mir erlauben, hier einen der früheren Fälle kurz mitzuteilen, derselbe ist von Dr. Dixon Mann beobachtet worden und im Archiv für Kinderheilkunde Bd. 24, p. 417, angegeben.

„Patientin erkrankte im Alter von 14 Jahren an Scarlatina mit folgender Nephritis. Verlauf war normal, Patientin erlangte ihre

frühere Gesundheit wieder, nur zeigte sich konstant Eiweiss im Urin, 28 Jahre lang wurde der Urin 6—8 mal jährlich untersucht, und jedesmal wurde auch Eiweiss gefunden. Während sieben bis acht Jahre nach der ursprünglichen Erkrankung hatte P. gelegentlich subakute Anfälle von Nephritis, der Harn wurde trübe oder rot und enthielt zahlreiche hyaline und Fettzylinder. In der Zwischenzeit war der Urin klar. Während der Anfälle bestand zuweilen starkes Oedem der Extremitäten und des Gesichtes, zu anderen Zeiten war keine Spur von Oedem vorhanden. Während der letzten Zeit der Krankheit der Patientin fehlten diese Anfälle vollkommen. Im Jahre 1880 trat eine Veränderung im Urin auf, er zeigte von jetzt an ein geringes spezifisches Gewicht, wurde heller und seine Quantität reichlicher, der Prozentgehalt an Eiweiss nahm ab. Der Urin war fast frei von Sediment, sehr selten Cylinder, niemals Blutkörperchen. Allmählich nahm die Arterienspannung zu und der linke Ventrikel wurde hypertrophisch. 1888 zeigte sich ein systolisches Geräusch an der Mitralis, 1894 Hämorrhagien in die Retina. Der Tod erfolgte in demselben Jahre an Urämie. Das Sektionsprotokoll giebt folgendes an: Es entwickelte sich also hier aus einer ursprünglich akuten parenchymatösen Nephritis allmählich durch einen chronischen interstitiellen Entzündungsprozesses das Bild einer gewöhnlichen Schrumpfniere.“

Ferner möchte ich erinnern an die Fälle 18 und 19, die Heubner in seiner Abhandlung: „Ueber chronische Nephritis und Albuminurie im Kindesalter, Berlin 1897“ veröffentlicht hat, und an einen Fall aus der Oppenheimschen Zusammenstellung: „Ueber Schrumpfniere im Kindesalter, Halle 1891“, Fall 14, auch Fall 5 ist ähnlich. Im Falle 14 von Oppenheim-Handford fällt der gleiche Zwischenraum von 8 Jahren auf. Jedoch fehlt hierfür das plötzliche Einsetzen der zum Tode führenden Erkrankung, auch nur die geringste anamnestische Angabe, wie sie in dem mir vorliegenden Falle ganz evident in der Erkältung nach einem zu langen Verweilen während des Badens in dem zu Anfang September wohl kaum mehr wie 14° warmen Flusswassers zu suchen ist. Ich möchte gerade diese Erkältung besonders hervorheben, da meiner Ansicht nach auf Erkältungen als Ursachen schwerer Nephritiden noch viel zu wenig genügend Gewicht gelegt wird, und auch andererseits in der Literatur zahlreiche Fälle von Nephritis beschrieben sind, bei denen zwar eine Erkältung als Komplikation vorlag, dieser aber nicht die Bedeutung beigegeben wurde, die ihr wohl zukommt; lieber liess man diese Fälle unter der Marke: „dunkle Aetiologie“ und benutzte sie eher als Beweise für das Vorkommen primärer Schrumpfniere.

Auch im Falle 14 Oppenheim-Handfords kann meiner Ansicht nach ein Kausalnexus mit der früheren, verheilten Scharlachnephritis sehr wohl gefunden und anerkannt werden. Das völlige Verheilen der Entzündung nach einer Scharlachnephritis ist ja eben der strittige Punkt, zumal wenn man der Ansicht Strümpells zustimmen sollte, dass echte primäre Schrumpfniere in letzter Instanz sogar aus akuter infektiöser Nephritis hervorgehen kann. Trotz scheinbarer Heilung letzterer bleibe ein minimaler Rest, „gewissermassen ein leises, unter der Asche fortglühendes Feuer“, zurück

und bilde laugsam progredierend den Anlass zu einer späteren, selbständig auftretenden primären Erkrankung. Wenn es Oppenheim bei solchen Fällen weit wahrscheinlicher ist, dass sich unabhängig von den früheren verheilten infektiösen Nierenentzündungen die zur Atrophie führende Degeneration des Nierengewebes selbständig entwickelt, so möchte ich dem nicht zustimmen. Ich komme hierbei wieder auf die unterschätzte Bedeutung der Erkältung als ursächliches Moment schwerer Nephritis; wie leicht sollte nicht das unter der Asche fortglühende Feuer wieder zur hellen Flamme entfacht werden können durch den komplizierenden Hinzutritt einer Erkältung. Ein solcher Anstoss liegt ja auch vor in unserem Falle; die Periode der latenten Nephritis braucht ja nicht einmal so bemerkenswerte Erscheinungen gemacht zu haben, bis eben eine neue Eruption erfolgte, die zu einer grösseren diffusen Schrumpfung des Nierengewebes geführt hat.

Diese Atrophie des Parenchyms zeigt sich deutlich in ihrer Einwirkung auf die Gefässe und das Herz, ein Verhalten, dass ja in erster Linie ausschlaggebend ist.

Die Herzhypertrophie ist eine sehr häufige Erscheinung der Schrumpfniere, in gleicher Weise, wie der accentuierte 2. Aortenton und ein abnorm harter und gespannter Puls, man spricht ja direkt von pathognomischen Symptomen für die Schrumpfniere. Dies ist erklärlich genug, wenn man berücksichtigt, dass die Funktion des Herzens in Relation steht zur Sekretion der Nierenorgane, obwohl sich keine allgemeingiltigen Gesetze für die Aufnahme von Flüssigkeit und die Absonderung der Harnmenge aus verschiedenen Gründen aufstellen lassen. (Romberg, Die Krankheiten des Herzens und der Gefässe. Ebsteinsches Handbuch für praktische Medizin. 1. Band, Stuttgart 1898, p. 707). Der Blutstrom durch die Nieren wird verlangsamt, wenn infolge von Schwäche des r. oder l. Ventrikels der Druck in der Nierenarterie sinkt oder bei venöser Stauung in der Nierenvene steigt. Da die Menge des Harnwassers von der in einer gewissen Zeiteinheit die Nieren durchfliessenden Blutmenge abhängt, so muss bei Herzschwäche die Menge der abgesonderten Flüssigkeit relativ zum Grade der Kreislaufstörung sinken.

Interessant ist, dass die festen Harnbestandteile auch bei verlangsamer Zirkulation in annähernd normaler Menge ausgeschieden werden, wodurch die Konzentration des Harns zunimmt. Eine von Traube, neuerdings auch von Quincke eingehend gewürdigte Tatsache ist die, dass Menschen mit gestörter Herzthätigkeit im Gegensatz zu gesunden in der Nacht während des Schlafens mehr Harn — und zwar nach Quincke mehr Harnwasser und mehr harnfähige Stoffe — secernieren, als am Tage.

Romberg ist der Meinung, dass die anatomischen Veränderungen der Niere infolge einer Kreislaufsstörung keinen erkennbaren Einfluss auf die Beschaffenheit des Harns haben, da trotz Bestehens derselben bei Aufhören der Herzstörung der Harn wieder normal wird. Die Beziehungen des Herzens zur sekretorischen Funktion der Niere sind eben von wesentlicher Bedeutung.

Von speziellem Interesse für diese Frage sind die von Henschen gemachten Mitteilungen aus der medizinischen Klinik zu Upsala

(S. E. Henschen, Mitteilungen aus der medizinischen Klinik zu Upsala, 1. Bd., p. 292, Jena 1898). Henschen zeigt in seiner dritten Abhandlung „Zur Kenntnis des Scharlachherzens“ und in seinem Aufsatz: „Ueber das Herz bei Nephritis“ an einem Falle von sonst unkomplizierter Scarlatina, dass auch klinisch die in letzter Zeit bereits anatomisch erwiesene Myocarditis scarlatinosa bestätigt werden kann, indem sich nach der Rekonvaleszenz Anfälle von Herzdilatation zeigen.

Bei Scharlachnephritis findet er im Verlauf der Nephritis regelmässig Herzhypertrophie, die nach Heilung der Nierenentzündung nur langsam zurückgeht. Henschen legt besonderen Wert auf den in mehreren Fällen erbrachten Nachweis, dass Dilatation des Herzens eintritt, bevor überhaupt Veränderungen des Harns bemerkt werden. Er erklärt die Entstehung dieser Herzhypertrophie ähnlich wie die bei Chlorose und Anämie eintretende als Folge der Dilatation. Durch vermehrte Arbeit, bei stärkeren Anstrengungen in den Pubertätsjahren, dehnt sich das Herz, die Folge dieser primären Dehnung ist kompensatorische Hypertrophie.

Bei der Scharlachnephritis wird durch Retention exkrementeller Stoffe eine Blutdrucksteigerung bewirkt, die ihrerseits eine Dilatation des Herzens hervorruft, auf welche dann kompensatorische Herzhypertrophie erfolgt. Jede chronische Nephritis entwickle sich aus einer Reihe oft schleichend verlaufender akuter Nephritiden; andererseits zeigt Henschen an vielen ausführlichen Krankengeschichten, dass akute Nephritis fast regelmässig Herzdilatation zur Folge hat, an die sich Herzhypertrophie anschliesst. Durch eine fortlaufende Reihe solcher einzelnen akuten Dilatationen und Hypertrophien, die unvollständig zurückgehen, erklärt Henschen die Genese der chronischen Herzhypertrophie bei chronischen Nierenleiden.

Er tritt hiermit der Ansicht Thomas' entgegen, nach der nach Ablauf der Entzündung unter Hebung der allgemeinen Ernährung infolge Verschlusses vieler peripherer Arterienzweige der Nieren eine Hypertrophie des 1. Ventrikels sich entwickelt.

Die unterscheidende Einwirkung bei der Schrumpfniere zeigt sich beim Herzen, wie auch in unserem Falle, an der ziemlich beträchtlichen Hypertrophie des gesamten Herzens. Die Herzdämpfung erstreckt sich nach rechts bis an den r. Rand des Sternums, nach oben bis in den 2. J. C. R. und bis zum unteren Rande der 2. Rippe, nach links bis zu fünf Querfingerbreite von der ersten Mammillarlinie ab.

Nach den Symptomen von Seiten der Nieren und des Herzens liegt also eine Schrumpfniere vor, eine Schrumpfniere im Kindesalter.

In Bezug auf die Frage nach der Aetiologie und Entwicklung des Leidens bin ich der Meinung, an einen bezüglichen Kausalnexus zwischen der im 3. Lebensjahre erfolgten Scharlachinfektion und dem 8 Jahre später auftretenden Nierenleiden festhalten zu müssen.

Eine 8jährige Latenz des Nierenleidens, von der man nicht einmal genau weiss, ob dieselbe in der That auch eine völlige gewesen

gewesen ist oder ob leichtere Anzeichen des Leidens dem weniger aufmerksamen Beobachter entgangen sind, spricht nach ähnlichen Angaben aus der Litteratur noch nicht für ein primäres Einschleichen und Entstehen einer Gewebsatrophie der Niere, wie sie in dem vorliegenden Eall besteht.

Aber das für mich von viel grösserer Bedeutung und von Ausschlag gewesene Eintreten der neuen Eruption, ihr eigenartiges Einsetzen, der subakute Charakter und Verlauf dieses Abschnittes der Krankheit veranlasst mich, der Ansicht von Senator, Weigert, von Leyden, Strümpell u. a. zuzustimmen, dass das Parenchym durch die chronische Nephritis degeneriert ist und sich hieran eine entzündliche Hyperplasie mit folgender sekundärer Schrumpfung des Gewebes angeschlossen hat.

Die Erkrankung der Nieren hat sich also aus einer akuten Entzündung des Gewebes zu einem chronischen Leiden entwickelt. Das Parenchym ist durch die chronische Nephritis degeneriert, atrophisch geworden. Die Atrophie bewirkt eine entzündliche Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes mit folgender sekundärer Schrumpfung des Organs.

Heubner hat in seiner Abhandlung „Ueber chronische Nephritis und Albuminurie im Kindesalter“ von 30 Fällen chronischer Nephritis 14 mal eine verschleppte Scharlachnephritis nachweisen können, so dass er selbst zu dem Ausspruch kommt: „Die Zahl ist doch für die Erfahrung eines Einzelnen erheblich genug, um die Lehre von der grossen Seltenheit eines Chronischwerdens der Scharlachnephritis, die ich selbst in früheren Jahren in meinen Vorlesungen vorgetragen habe, stark ins Wanken zu bringen.“

Möge mir daher als Schlusswort erlaubt sein, darauf aufmerksam zu machen, dass primäre Schrumpfnieren im Kindesalter vorkommt, dass aber ihr Vorkommen selten ist, und dass es weit häufiger der Fall ist, dass bei einer granulären Atrophie der Nieren im Kindesalter durch irgend eine Infektion eine akute Nephritis zuvor Bestand hatte, an die sich sekundär eine Atrophie des Gewebes angeschlossen. Es ist ja bedeutend leichter, bei mangelnder Anamnese und dunkler Aetiologie an ein primäres Einsetzen der Krankheit zu glauben, aber auch zu diesem Punkte möchte ich mir die Erinnerung gestatten, dass man für den kindlichen Organismus noch viel zu sehr die nachteilige Wirkung und die direkte Noxe einer Erkältung zu unterschätzen beliebt.

Die Anurie bei Neugeborenen.

Von Dr. Friedmann, Beuthen O.-S.

Nicht gar selten werden wir zu ganz jungen, in den ersten Lebenstagen stehenden Neugeborenen gerufen unter der Angabe, das Kind lasse nur äusserst spärlich oder überhaupt gar nicht Urin. Diese Fälle lassen eine verschiedene Deutung zu. Entweder — und diese Eventualität trifft häufig bei erstgeborenen, mit besonders ängstlicher Sorgfalt seitens ihrer Angehörigen beobachteten Kindern zu — liegt nichts Pathologisches vor, und es genügt, die Umgebung des Kindes darüber aufzuklären, dass die Anforderungen, die sie in dieser Beziehung an den kleinen Weltbürger stellt, zu hoch gespannt sind. Haben die Klagen eine thatsächliche Unterlage, so wird man sich zunächst vergewissern, ob nicht angeborene Verengerung oder Verschlussung der Harnröhre besteht. Liegt von dieser Seite keine Störung vor, so kann als Ursache des spärlichen Nässens eine quantitativ unzureichende Nahrungszufuhr in Frage kommen, besonders dann, wenn bei Ernährung an der Brust diese in den ersten Tagen noch zu wenig Milch hergiebt. Die seltenen Fälle, in denen angeborene Missbildungen oder sonstige krankhafte Prozesse an den Nieren die Veranlassung sein können, seien als für die Praxis kaum ins Gewicht fallend, hier nur gestreift. Schliesslich bleibt aber immer noch eine an Zahl nicht geringe Gruppe von Fällen übrig, deren Aetiologie nicht alsbald aufzuklären ist. Hier führt die Thermometrie auf den richtigen Weg. Wer sich daran gewöhnt, bei diesen Patienten das Thermometer einzulegen, der wird über Erwärmen häufig Fiebersteigerungen bis über 40 Grad hinaus verzeichnen. Die Anurie ist hier also Fiebersymptom. Fragen wir nach der Ursache des Fiebers, so werden wir unsere Aufmerksamkeit zuvörderst auf den Nabel lenken und hier auch in der That häufig genug fiebererregende Prozesse auffinden. Es braucht nicht immer eine schwere Entzündung oder gar ein septischer Vorgang zu sein, in der überwiegenden Mehrzahl sind es leichte Reizzustände an der Stelle, wo der Nabelschnurrest sich zu demarkieren beginnt. In ihrer Begleitung tritt regelmässig eine mehr oder minder ausgesprochene Rötung des Nabelringes und des benachbarten Hautbezirkes auf. Selbstverständlich ist hier eine energische Therapie am Platze. Nach meiner Erfahrung ist die Application austrocknender, sonst indifferenten Pulver wie Dermatol, Borsäure auf die nach Möglichkeit auseinandergefaltete Nabelgrube jeder andern Behandlungsmethode vorzuziehen. Im Weiteren sind vor allem die täglichen Bäder auszusetzen. Der Entzündungsreiz geht um so schneller zurück, je strenger darauf gehalten wird, dass der Nabel unbenetzt bleibt. An die Stelle der Bäder treten bis eine Woche nach Ablösung des Nabelschnurrestes tägliche Waschungen.

Referate.

Traitement général de la scrofule. Von P. Gallois. (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1900, 48).

Wie bei jeder Infektion hat die Therapie bei Skrophulose drei Aufgaben: Fernhaltung infektiöser Keime, Verschluss der Eingangspforten, Kampf gegen die erfolgte Infektion. In erster Beziehung sind nicht nur die pyogenen Mikroben und namentlich des Tuberkelbacillus zu fürchten, sondern auch alle, welche Rachenentzündungen erzeugen, deren Virulenz im Nasenrachenraume wächst, wie Influenza, Masern, Scharlach, Keuchhusten usw. Eine besondere Beachtung verdienen auch die Erreger parasitärer Hautkrankheiten. Der Haupttheil der Arbeit in diesem Punkt fällt naturgemäss der öffentlichen Hygiene zu. Immerhin muss sie zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit mit einer persönlichen Gesundheitspflege zusammenfallen, deren oberster Grundsatz Reinlichkeit ist. Insbesondere wichtig ist die Reinigung und Desinfektion (Borsäure) der Nasenrachenhöhle bei Kindern, welche an akuter Corpza oder chronischer Rhinopharyngitis leiden. — In zweiter Beziehung handelt es sich vor allem um peinlichste und sorgfältigste Behandlung, auch der geringfügigsten Hautaffektionen. So wenig ein daran leidendes Kind durchaus bereits skrophulös zu sein braucht, soviel Gelegenheit zu gangleonärer oder allgemeiner Infektion bieten, in dass derartige Erkrankungen, sei es nur Impetigo oder Ekzem, Favus o. a. m. — In dritter Beziehung ist die Hauptaufgabe, die örtliche Widerstandsfähigkeit zu erhöhen, den ganzen Organismus gegen die bereits erfolgte oder beginnende Infektion resistenter zu machen. In erster Reihe kommen hier hygienisch-prophylaktische Massnahme für die Pflege der Kinder in Betracht. Erst wenn ernstere Erscheinungen hervortreten, hat eine wirkliche Therapie einzugreifen. Im ersten Stadium des Lymphatismus, bei lymphatischen Schwellungen handelt es sich um energische Anregung des Stoffwechsels durch alle zur Verfügung stehenden Mittel: frische Luft, Bewegung, Gymnastik, Bergsteigen, alkoholische Einreibung, Waschungen mit Salzwasser, Hydrotherapie, Aufenthalt an der See und Seebäder usw. Innerlich können Jod und Jodsalze herangezogen werden. Im weiteren Stadium des Lymphatismus scheinen drei Faktoren eine Rolle für die Therapie zu spielen: Anämie, Dyspepsie und chronische Infektion. Die erstere kann ebenso von den beiden letzteren wie von einer individuellen oder hereditären Schwäche abhängig sein. Nicht selten steht sie in Zusammenhang mit adenoiden Wucherungen. Die Ablation ist dringend erforderlich. Im Uebrigen sind insbesondere hygienisch-diätetische Massnahmen in einem dem Zustande der Anämie angepassten Umfange angezeigt. Dyspepsien und namentlich Magenerweiterung bilden häufig die Ursache einer Anämie. Zur Regelung der mangelhaften Ernährung sind wiederum zunächst hygienisch-diätetische Vorschriften zu geben. Die Dyspepsie kann aber auch aus einer früheren Gastroenteritis resultieren, vielleicht gar hereditären Ursprungs. Von einer medicamentösen Behandlung ist meist abzusehen. Eisen, Jod,

Leberthran werden schlecht vertragen. Am geeignetsten ist die Besserung der gastrischen Funktionen durch passende Nahrungshygiene, vielleicht auch gelegentlich in Verbindung mit Bitterstoffen. Wichtig ist die Unterstützung der Magenentleerung und die Herbeiführung genügender, regelmässiger Stuhlentleerungen (Vichywasser, Magnesia). — Der wichtigste Punkt der Behandlung stellt die Behebung der chronischen Infektion, welcher Erscheinungen der Intoxikation sich beigesellen. Das charakteristische Zeichen ist die Drüenschwellung am Unterkiefer. Die Behandlung muss neben der Desinfektion der Mundhöhle, der Ablation adenoider Wucherungen usw. die Anwendung solcher Mittel im Auge haben, welche die locale Widerstandsfähigkeit, die Resistenz des Organismus steigern. Hierher gehören ausser hygienisch-diätetischen Vorschriften Leberthran in allmählig gesteigerter Dosis, Jod- und Phosphorpräparate, Arsen, Cacodyl- und Vanadsäure, Perubalsam und Zimmtsäure, Kreosot.
v. Boltens Stern-Bremen.

Zur Pathologie der Bronchialdrüsen im Kindesalter. Von N. Aleksejew. (Djetsk. Medizin. No. 6, 1899. — Nach einem Refer. d. St. Petersb. medic. Wochenschr.)

Das Befallensein von Bronchialdrüsen ist im Kindesalter relativ häufig und muss stets als Erkrankung ernsterer Natur betrachtet werden, da Tuberkulose primär in den Bronchialdrüsen vorkommt und zum Ausgangspunkt einer anderweitigen tuberkulösen Erkrankung werden kann. Die Diagnose einer Erkrankung der Bronchialdrüsen ist oft schwierig und kann häufig nur vermutungsweise gestellt werden; sie stützt sich hauptsächlich auf folgende Symptome: 1) Dämpfung in der Interscapulargegend auf der Höhe des 3.—6. Brustwirbels einer- oder beiderseits, ebenso im oberen Teile des Sternum und der Claviculosternalgelenke. Bei der Fingerperkussion lässt sich häufig eine Resistenzveränderung wahrnehmen. 2) Verlängertes Expirium, unbestimmtes oder Bronchialathmen in der regio interscapularis und über dem Sternum oben. Häufig abgeschwächtes vesiculäres Athmen über einer Lungenhälfte, wo der Perkussionston ganz normal. 3) Störungen der Circulation: ein- oder beiderseitiges Gesichtsoedem, Erweiterung der Venen an Hals und Brust, Cyanose, Herzvergrösserung, Herzpalpitationen. 4) Nervöse Symptome: Dyspnoe. Veränderungen der Stimme (bald heiser, bald klar), Aphonie, conulsiver Husten, Asthmaanfalle, Laryngospasmus. 5) Unregelmässige Temperatursteigerungen, Abmagerung, Anorexie, Schweisse. Diese letzteren Symptome legen die Vermutung einer tuberkulösen Erkrankung nahe. 6) Soll Gewicht gelegt werden auf die Anamnese, durch welche der Verdacht auf Tuberkulose oder Lues oft erhoben wird. (Das sehr wichtige Symptom der Schwellung der peripheren Lymphdrüsen hat Verf. nicht erwähnt. Ref.) Die genannten Symptome werden nur selten in ihrer Gesamtheit vorhanden sein bei demselben Individuum, in ihrer Intensität ist häufiges Schwanken bemerkbar, was recht charakteristisch ist. Die Therapie muss eine energische sein und ist viel von einem klimatischen Aufenthalt an der See zu erwarten.

De l'infection canaliculaire de la parotide. Von E. Bonnaire et G. Keim. (La Presse médicale 1900, 62).

Verff. berichten über eine doppelseitige Parotitis bei einem neugeborenen Kinde, welche zuerst den Eindruck eines Erysipels, dann eines Ziegenpeters, die Parotiden- und Submaseillargegend einnehmend machte. Klinisch kennzeichnete sich die Infektion durch ein in Hinsicht auf die schweren allgemeinen und lokalen Symptome sehr geringe Temperatursteigerung, durch die ausbleibende Gewichtszunahme, durch eine anfangs paracystische, dann gleichmässige, continuirliche Cyanose und endlich durch foetide Stuhlentleerungen. Die bacteriologische Untersuchung ergab eine reine Staphylococceninfektion und zwar handelt es sich um eine exogene Infektion wie Ductus Stenoninus aus. — Bei einer ganzen Reihe normaler Neugeborener haben Verff. sodann die Mundhöhle bacteriologisch untersucht und sehr häufig, um nicht zu sagen constant im Moment der Geburt mit Mikroorganismen überschwemmt gefunden. Dieser Befund kann gewisse Infektionen bei Neugeborenen, welche unmittelbar nach der Geburt ohne jede äussere, postnatale Ursache auftreten, im Munde, seinen Kanälen und benachbarten Höhlen sich lokalisieren, aber auch zum Ausgang für tödtliche Septicämien werden können, erklärlich machen. Im Missverhältnis zu dem Befunde steht immerhin die grosse Seltenheit derartiger Infektionen. In solchen Fällen muss daher eine gewisse Inferiorität der kindlichen Mundschleimhaut in Bezug auf die Abwehr infektiöser Angriffe angenommen werden, wie sie vielleicht schon in der geringen Activität der Speichelsecretion, der rudimentären Entwicklung der hämopoetischen Organe (Phagocytose), vor allem aber in einer Alteration der Mundschleimhaut selbst gegeben ist.

v. Boltenstern-Bremen.

Les injections de Serum physiologique de cheval dans le traitement de la chorée. Par Vidal. (Congr. périod. de Gynéc. d'Obstétr. et de Pédiatr.)

Verf. hat im Spital armer Kinder in Barcelona an Mädchen im Alter von 9—13 Jahren seine Versuche gemacht. Die Menge des injicierten Pferdeserums war pro Spritze 3—8 ccm, im Ganzen 60—120 ccm. Schon nach den ersten Tagen, besonders aber nach 2—3 Wochen zeigte sich eine Besserung, Heilung ward meist in 2—3 Wochen erzielt, und nach der Kur war eine Gewichtszunahme zu konstatieren.

Verf. geht zunächst auf die verschiedenen Theorien der Aetiologie der Chorea ein und führt dann die ausführliche Krankengeschichte in 9 Fällen vor Augen.

Er kommt zu folgendem Resumé: Das physiologische Pferdeserum ist in allen Chorea-Fällen des Pubertätsalters auf der Basis einer Infection oder einer moralischen Noxe wirksam, es wirkt sowohl als spezifisches Tonicum der Nervenzellen als auch antitoxisch gegenüber den verschiedenen die Chorea hervorrufenden Schädlichkeiten.

Aus der Wirksamkeit des Mittels kann auf die Richtigkeit der nervösen, sowie der dyscrasischen und infectiösen Theorie in bezug auf Aetiologie der Chorea schliessen.

von Schnitzer-Aumetz.

Tannin- und Silberpräparate bei dem Darmkatarrh der Kinder. Von Harry Cohn. (Therapie der Gegenwart, Juli 1900).

Beim Darmkatarrh, wo noch nach 4 oder mehr Tagen wässrige Entleerungen in gehäufter Zahl andauern, sind Silberpräparate indiciert. Das Argent. nitricum kann nach gewisser Zeit leicht aufstossen, Erbrechen und geradezu Schmerzen verursachen. Dagegen wird das Protargol ausnahmslos gut vertragen, das ganz jungen Kindern in Lösungen von 0,05 : 50,0, Kindern von einigen Monaten 0,1 : 50,0 theelöffelweise verordnet wird. Wenn man auch nicht mit Bestimmtheit zu sagen vermag, in welchen Fällen es sicher wirkt, so steht es dennoch ausser Zweifel, dass es gelang, mit ihm Darmkatarrhe zu stopfen, die auf keine andere Weise zu stopfen waren.

Im zweiten, dem dyspeptischen Stadium des Darmkatarrhs, sind neben Wismuth vor allem die Tanninpräparate von Nutzen. Sie haben den Zweck, die Consistenz zu vermehren, den Schleimgehalt zu vermindern und die Häufigkeit herabzusetzen. Im Stadium des Anfalls sind dagegen die Tanninpräparate contraindicirt. Von diesen Mitteln sind die unlöslichen zu bevorzugen. G. zieht das Tannoform dem Tannigen und Tannalbin vor, weil es trotz seines geringen Preises denselben an Wirksamkeit nicht nachsteht. Man giebt davon jüngeren Kindern 0,25 pro dosi, ältere erhalten es messerspitzenweise.

Bei den Tanninpräparaten, wie bei dem Protargol, wie überhaupt bei allen Mitteln, welche kräftig stopfen sollen, ist es erforderlich, zunächst die nötige Menge in der Weise zu verordnen, dass man stündlich eine Dose giebt, bis die erhoffte Wirkung eintritt, und dann allmählich mit der Darreichung nachzulassen.

Schnell-Egeln.

Ueber äusserliche und innerliche Anwendung des Argentamin. Von Bergel. (Therap. Monatsh. 1900, Heft VII.)

B. hat das Argentamin in zahlreichen Fällen äusserlich und innerlich angewendet und gefunden, dass dasselbe nicht bloß das Argentum nitricum meistens zu ersetzen im Stande ist, sondern in vielen Fällen sich demselben als überlegen erwiesen hat. Das Anwendungsgebiet des Argentamins erstreckte sich auf solche äussere und innere Erkrankungen der Schleimhäute, wo eine adstringirende bezw. antiseptische, antibacterielle Wirkung erstrebenswert erschien.

Bei der Gonorrhoe war je nach den verschiedenen Erscheinungsformen und Stadien die Dosierung sowohl eine verschiedene, als auch bestand die Applicationsweise in den gewöhnlichen Einspritzungen, in Irrigationen und Instillationen mit der Guyon'schen Spritze.

Zu Einspritzungen waren am geeignetsten Lösungen von 1,0 : 400,0 bis 1,0 : 200,0 für die Pars anterior. Es wurde 3—4 mal täglich eingespritzt und die Lösungen 5—10 Minuten in der Harnröhre behalten. Die Wirkung des Argentamin war hier der des Argent. nitric. überlegen. Bei den mehr chronischen Formen und besonders bei Erkrankung des hinteren Theiles der Harnröhre wurden zu Einspritzungen die stärkeren Lösungen verwendet und bei circumscribten Erkrank-

ungen der hinteren Harnröhrenschleimhaut Instillationen mit der Guyon'schen Spritze in einer Lösung von 10,0 : 100,0 gemacht. Irritationszustände wurden hierbei entweder gar nicht oder nur in ganz vereinzelt Fällen und auch hier nur in unbedeutendem Grade beobachtet, noch stärkere Lösungen können jedoch nicht empfohlen werden.

Zu Ausspülungen der Harnröhre und bei Cystitis gonorrhoeica wurden gewöhnlich Lösungen von 1 : 1000,0 bis 1,0 : 500,0 benutzt. Die Spülungen der Harnröhre wurden täglich einmal vorgenommen und konnten störende Nebenerscheinungen, als irgendwie nennenswertes Brennen, stärkeres Drängen, als es sonst bei der Anwendung der mildesten Mittel einzutreten pflegt, nicht beobachtet werden, die Wirkung dagegen war eine diesen bei weitem überlegene. — Auch in etlichen Fällen von Vaginitis gonorrhoeica und gonorrhöischem Cervicalkatarrh wurde das Argentamin mit gutem Erfolg angewandt. Bei der ersteren Erkrankung erwiesen sich Ausspülungen in einer Concentration von etwa 1,0 : 1000,0 als zweckdienlich, in den letzteren Fällen wurden 5—10proc. Argentaminätzungen vorgenommen.

Bei den Rachenerkrankungen konnte man wahrnehmen, dass das Argentamin das Argent. nitr. meist zu ersetzen im Stande ist, in vielen Fällen ihm sogar überlegen erscheint. Die zu Bepinselungen angewandten Lösungen waren meist 5—10 procentige.

Auf ophthalmologischem Gebiete wurde das Argentamin bei Schwellungszuständen der Bindehaut, welche mit eitrigem Absonderung einhergingen, verwendet; verordnet wurden 1—2proc. Einträufelungen, 3—4 mal täglich, oder Pinselungen mit 5—7 proc. Lösung 1—2mal täglich. Angewendet wurde es bei den gewöhnlichen eitrigen Bindehautkatarrhen, bei acutem Follicularkatarrh, bei acutem und chronischen Trachom, bei der Blennorrhoea neonatorum. Affektionen der Cornea, besonders Pannus trachomatosis bilden keine Contraindication für die Anwendung.

Innerlich wurde das Mittel angewendet bei Brechdurchfällen, nachdem die ersten stürmischen Erscheinungen geschwunden waren, bei Enterokatarrh, bei Enteritis, bei Dickdarmkatarrhen zu Injektionen und bei Durchfällen der Phthisiker. Die Dosis und Concentration war gewöhnlich je nach dem Alter der Patienten und dem Reizzustande der Magendarmschleimhaut $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Proc., zuweilen auch 1 Proc. entweder ohne oder mit einem Zusatz von Glycerin; davon wurden 2 bis 3 stündlich 1 Thee- bis 1 Esslöffel voll genommen. Das Argentamin erwies sich auch hier dem Höllenstein in den meisten Fällen überlegen.

Bei den Gastroenterokatarrhen der Kinder und der Erwachsenen konnte eine Argentaminlösung in der angegebenen Concentration sehr oft auch dann noch mit Erfolg angewendet werden, wenn andere Mittel im Stiche liessen. In vereinzelt Fällen, wo es sich um die rein adstringierenden Eigenschaften des Mittels handelte, schien dagegen die Anwendung anderer Präparate, wie Tannigen, Tannalbin etc. von grösserem Vortheil zu sein. — Ganz besonders schöne, wenn nicht die besten Erfolge sind zu erzielen bei der Enteritis, wahrscheinlich wegen der Vereinigung der adstringierenden und antiseptischen

tischen Eigenschaften des Mittels. Bei Dickdarmkatarrhen wurden zu wiederholten Malen Irrigationen mit einer Argentaminlösung von ca. 1,0 : 500,0 bis 1,0 : 1000,0 mit günstigem Erfolge gemacht.
Schnell-Egeln.

Die moderne Behandlung der Spondylitis. Von Hoffa. München, Seitz & Schauer, 1900. Preis 2 Mark.

Vorliegender Vortrag, der in Carlsbad April 1899 gehalten wurde, giebt einen guten Ueberblick über die Gesichtspunkte, nach denen der praktische Arzt die Behandlung der Spondylitis zu leiten hat.

Neben jeder anderen Behandlung hat die allgemeine diätetische-antituberkulöse einherzugehen. Die mechanische Behandlung bezweckt die Beseitigung der Schmerzen und Ausheilung der localen Processe sowie die Beschränkung der Gibbusbildung auf das nur mögliche Mass; anzustreben ist auch die Transportfähigkeit des Kranken in seinen Apparaten. Diesen Anforderungen entspricht bei Spondyl. cervicalis des Phelps-Nönchen'sche Stehbett oder das Lorenz'sche Extensionsbett, bei tiefer sitzenden Spondylitiden der Calot'sche Mumienvorband oder das Lorenz'sche Reclinationsbett, das mit Hilfe des Schede'schen Tisches angefertigt ist. Stützcorsets nach Sayre oder Hessing'scher Methode haben angewandt zu werden, wenn Anzeichen von Consolidierung der Wirbelsäule eingetreten sind. Die Prognose richtet sich nach dem Zeitpunkt des Beginns der Behandlung, also nach der Stellung der Diagnose. Für letztere ist wichtig der Befund von Contracturstellung des Rumpfes und von Gürtelschmerzen, die nach den Extremitäten zu ausstrahlen; bei Cervicalerkrankungen weicht der Kopf, bei tiefersitzenden der ganze Körper nach der Seite ab. Spondylitische Abscesse dürfen nur eröffnet werden, wenn sie durchbrechen wollen oder lebensgefährliche Symptome machen. Lähmungen wird durch Extension und Reclination begegnet. Calot's Redressement ist zu verlassen als zu brüsk und nicht erfolgreich.

Der Schluss dieser belehrenden Auseinandersetzung ist den Operationen bei Wirbeltuberkulose gewidmet; die Operation ist nur geboten bei Sitz der Erkrankung im Wirbelbogen oder bei Ergriffensein der Mastdarm- und Blasenfunktion unter Voraussetzung eines epiduralen Exsudats. Nach Trendelenburg hat man bei floriden Spondylitiden nicht zu operieren. Als Operationsmethode ist die Horsley- und Kraske'sche als die einfachste anzuwenden.

Tarrasch-München.

Gesundheitspflege.

Obligatorische und fakultative Jugendspiele. Von Dr. A. Frankenburger. — (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1900, Nr. 6).

Das Hauptmittel zur Förderung der körperlichen Gesundheit der Schulkinder sind die Jugendspiele. Ihre Organisation kann nur dann

dem Zweck entsprechen, wenn sie als obligatorische in den Schulplan aufgenommen werden. Fakultativ werden sie erfahrungsgemäss am eifrigsten von denjenigen Schülern gepflegt, die sie am wenigsten notwendig haben, während gerade die Schwächlinge gern wegbleiben. Auch die Eltern würden dann gezwungen sein, die Kinder zum Spielen zu schicken, anstatt sie zu Hause oder auch sonst zur Erwerbsarbeit oder zum Betteln anzuhalten. Wie gegenwärtig beim Turnunterricht, so würde man auch den Spielen gegenüber der Unsitte begegnen, dass die Kinder wegen unerheblicher körperlicher Mängel von der Teilnahme an denselben befreit werden sollen. Sache der Aerzte wäre es da, die Grenzen eng zu ziehen und nur bei wesentlichen körperlichen Leiden Atteste zu geben.

Die Erfahrungen, welche an Orten mit obligatorischen Jugendspielen, z. B. in Görlitz, gemacht worden sind, sind durchaus günstig und allseitig zufriedenstellend.

Die Gegner unserer Forderung führen vor allem ins Feld, dass es an der nötigen Zeit mangelt, da der Lehrplan alle verfügbare Zeit mit Beschlag belege. Dagegen ist anzuführen, dass die körperliche Ausbildung der Kinder nicht geringerer Pflege bedarf als die geistige und dementsprechend der Lehrplan einzuschränken ist. In idealer Weise entsprechen englische und amerikanische Schulen diesen Anschauungen, indem sie alltäglich nachmittags die Kinder zu Schulspielen heranziehen. In Görlitz wird an zwei schulfreien Nachmittagen — nicht Mittwoch und Sonnabend — obligatorisch gespielt. Die geistige Ausbildung der Schüler ist dabei nicht zu kurz gekommen. Die Leitung der Spiele würde am besten dem Klassenlehrer zu überlassen sein, der die Kinder am besten kennt. Geht das aus irgend welchem Grunde nicht an, so wären besondere Spiellehrer zu ernennen. Die Beschaffung der Spielplätze wäre Sache der Kommunen. Ihre räumliche Ausdehnung wäre nach Suppan dahin zu bemessen, dass auf je 50 Kinder mindestens 1000 qm kommen. Bei der starken Frequenz unserer Schulen könnte dieser Forderung nur dadurch Rechnung getragen werden, dass gruppenweise gespielt wird. Immerhin würden grosse Raumflächen notwendig sein und es wäre Sache der Gemeinden, die Plätze in den Aussengebieten und Vorstädten sich rechtzeitig und billig zu sichern. Der eminent gesundheitsfördernde Zweck rechtfertigt auch erheblich scheinende Geldausgaben. Die Plätze müssten selbstverständlich hinsichtlich Lage, Staubfreiheit u. s. w. den allgemeinen hygienischen Anforderungen entsprechen.

Dr. Friedmann-Beuthen O.S.

Rezensionen.

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. Briefe an einen jungen Arzt. Von Priv.-Doc. Dr. H. Neumann. 2. Aufl. Berlin, Oscar Coblentz, 1900.

Das von der Kritik mit einmütigem Lobe aufgenommene Buch erscheint nach Jahresfrist in 2. Aufl., in welcher der Inhalt verbessert und ergänzt und am Schlusse des Ganzen ein willkommener Ueberblick über die Arzneiverordnungen beigegeben wurde. Der Stil ist stellenweise noch prägnanter geworden als dies in der 1. Aufl. der Fall gewesen ist. Die Hauptvorzüge des Buches sind: spezieller Hinweis auf alle praktischen Handhabungen in der Kinderheilkunde, so dass der junge Arzt immer weiss, was er am Krankenbett des Kindes zu thun hat, und die frische, flotte Ausdrucksweise. Auch im neuen Gewande wird das Buch sich wieder zahlreiche Freunde erwerben.

S.

Die Pflege und Ernährung des Säuglings. Von Dr. Friedmann. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1900. Preis 2 Mk.

Das Büchelchen ist eines jener verschiedenen Werkchen, die sich die Aufgabe gestellt haben, junge Mütter und Pflegerinnen über die Aufgaben und das Wesen der Pflege und Ernährung eines jungen Weltbürgers zu unterrichten. Diesen Zweck dürfte das vorliegende Schriftchen erreichen, wenn es von denen, für die es bestimmt ist, genau studiert wird, denn es enthält, abgesehen von einigen Sätzen, über die man auch anderer Meinung sein könnte, alles hierher gehörige in klarer, leicht fasslicher Form. Verdienstlich ist es besonders auch, dass Verf. gewissen schwer ausrottbaren Uebeln der Wochen- und Kinderstube, z. B. dem Glauben an die grosse Bedeutung des kurzen Zungenbändchens, der Unantastbarkeit des „Gneis“, der aus Schmutz und Hautschuppen bestehenden Decke in der Gegend der grossen Fontanelle, und ähnl. den Krieg erklärt. Einige stilistische Mängel bez. Unklarheiten (z. B. pg. 10, 54, 63) dürften wohl bei einer ev. nötig werdenden Neuauflage sich vermeiden lassen.

C. Baron-Dresden.

Medizinische Chronik des XIX. Jahrhunderts. Von Dr. H. Adler und Dr. A. Kronfeld. Wien, Mor. Perles, 1900. Preis 3.60.

In dem vorliegenden Werkchen haben die Verff. den Versuch gemacht, die wichtigsten Ereignisse auf medizinischem und hygienischem Gebiet, die das 19. Jahrhundert zu Tage gefördert hat, und die Namen jener Personen, welche in diesem Zeitraum die medizinische Wissenschaft erheblich gefördert haben, alphabetisch und chronologisch zusammenzustellen. Im Grossen Ganzen ist den Verff. der Versuch gelungen, wenn man auch im Einzelnen Ausstellungen machen könnte, so z. B. viele Persönlichkeiten, die sich um die Medizin wesentliche Verdienste erworben haben, vermisst (aber z. B. den Chirurgen v. Bergmann (1), die Kinderärzte Heubner und Biedert, den inneren Kliniker E. Seitz († 1899). Es scheint überhaupt, als ob Deutschland zu kurz gekommen wäre.

S.

Anleitung zur Zahn- und Mundpflege. Von Dr. C. Röse.
Mit 38 Abbildungen. 4. Auflage. Jena, Gustav Fischer, 1900.
Preis 60 Pfennige.

Populäre Schriften über Zahn- und Mundpflege sind dutzendweise im Buchhandel vorhanden. Jeder einigermaßen schriftgewandte Zahnarzt hält es für seine Pflicht, die Mitwelt mit einer Zahnpflege zu beglücken. Es scheint so leicht, eine derartige Anleitung zu schreiben. Wie schwer es ist, das können wir am Werdegange der vorliegenden Broschüre beurteilen. Die beiden ersten im Jahre 1894 und 1895 erschienenen Ausgaben unterscheiden sich noch nicht wesentlich von den vorhandenen Dutzendwaren. Anders die vorliegende 4. Auflage. 5 volle Jahre hat der Autor das Manuskript im Schreibtische liegen lassen. Immer wieder wurde geändert und gefeilt. Aussergewöhnliche mühsame wissenschaftliche Vorarbeiten mussten zuvor angestellt und vollendet werden. Als Endergebnis haben wir aber auch ein Werkchen vor uns, zu dem man dem Verfasser und der deutschen Zahnheilkunde überhaupt gratulieren kann. Röse's Anleitung ist eine populäre Schrift im besten Sinne dieses Begriffs. Durch fließenden Stil und fesselnde Darstellung ist der spröde Stoff meisterhaft überwunden worden. Ein jeder Laie kann dem logischen Gedankengange des Verfassers leicht folgen und andererseits bietet die Brochüre auch für den Fachmann eine Fülle von Anregungen und beherzigenswerten Thatsachen. Alles Phrasenhafte hat der Verfasser streng vermieden. Jede neue Behauptung fusst auf streng wissenschaftlichen Untersuchungen. 38 meisterhafte Abbildungen erleichtern das Verständnis des teilweise recht spröden Stoffes ganz wesentlich. Das Werkchen erscheint zum Spottpreise von nur 60 Pfg. im Buchhandel. Im Interesse der Zahnhygiene haben Autor und Verleger gemeinsam auf nennenswerte Gewinnaussicht verzichtet, um dem Werkchen zu weitester Verbreitung zu helfen. In zahnärztlichen Kreisen hat es derartigen Anklang gefunden, dass bereits nahezu 3000 Stück von deutschen Zahnärzten angekauft worden sind. Allein vom Verein Schleswig-Holsteinischer Zahnärzte, welcher eine ausgedehnte Untersuchung von ca. 24,000 Schulkindern in betreff der Zahn- und Mundverhältnisse ausgeführt hat, sind 1000 Exemplare angekauft worden, um dieselben an die Volksschullehrer der Provinz zu verteilen. Die Königliche Regierung in Schleswig hat nämlich Veranlassung genommen anzuordnen, dass die Lehrer der Provinz die Zahn- und Mundpflege bei dem naturkundlichen Unterricht in den Lehrplan aufzunehmen haben.

Möge die deutsche Aertzewelt dazu beitragen, dem Werkchen durch Empfehlung an Patienten weitere Verbreitung zu sichern.

Dr. Fricke-Kiel.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ueber einen konstanten Bakterienbefund bei Scharlach. Von A. Baginsky und P. Sommerfeld.

Im Pharynxschleim scharlachkranker Kinder fanden sich unter 363 Fällen 336 mal nur Coccen, 22 mal neben ihnen Diphtheriebazillen, 5 mal andere Stäbchen. Im Blut und den Organen scharlachkranker Kinder wurde in allen Fällen konstant ein Streptococcus gefunden, in frisch untersuchten Fällen in Reinkultur.

Die Ketten sind verschieden lang, von 3 bis zu 50 Individuen und darüber. Der Einzelcoccus ist meist kreisrund, bisweilen senkrecht zur Kettenaxe abgeglattet, sodass einzelne Glieder als Diplokokken erscheinen. Die Form richtet sich nach der Zusammensetzung des Nährbodens. Färbung mit allen Anilinfarben ist möglich, die Gram'sche Färbung positiv. Der Coccus lässt sich auf den gebräuchlichen Nährböden züchten, auch auf Gelatine, die er nicht verflüssigt. Kein Wachstum auf Kartoffeln. Gerinnung von Milch bei 37°. Die Virulenz ist sehr wechselnd und nicht abhängig von der Schwere des Falles. Agglutination durch Blut von Scharlachrekonvalescenten gelang nicht. Die Kokken geben ein sehr wirksames Toxin ab.

Dass diese Kokkenbefunde in direkter Beziehung zum Scharlach stehen, ist zwar nicht bewiesen, doch sehr wahrscheinlich. (Berliner klin. Wochenschr. 1900, Nr. 27). M. Moltrecht-Halle.

— Ueber das Baden Neugeborner. Von H. Kowarski.

Nach Würdigung der über diese Frage existierenden Litteratur berichtet Verf. über einige von ihm angestellte Versuche. Von 420 Kindern, deren Nabelschnur er gleichmässig mit Gypspuderung behandelte, wurde die Hälfte gebadet, die andere Hälfte ausser einem Bade gleich nach der Geburt nicht. Er fand nun Folgendes: Die Mumifikation der Nabelschnur und ihr Abfall wird durch das Baden nicht beeinflusst. Fiebernde fanden sich in beiden Gruppen in gleicher Menge. Die Gefahr der Gonococceninfection ist beim Baden nicht grösser als beim Reinigen des Kindes durch Abwischen. Ueber Gewichtszunahme fehlen eigene Beobachtungen.

Sprechen des Verf. Ergebnisse nicht gegen das Baden, so giebt es andererseits viele Momente, die dafür sprechen, so die öftere Durchnässung der Watte am Nabelschnurrest. Besonders aber ist zu fürchten, dass man, zumal bei der ärmeren Bevölkerung, der Unreinlichkeit Vorschub leistet, da das Abreiben doch meist nicht mit der nötigen Sorgfalt ausgeführt werden wird.

(Wiener klin. Wochenschr. 1900). M. Moltrecht-Halle.

— Erguss von Urin das perirenale Gewebe durch Trauma. Laparotomie, Heilung. Von P. Nayond.

Bei einem acht und ein halb Jahr alten Mädchen bildete sich nach einem Fall von einem Wagen in der linken Lendengegend ein

Tumor, der langsam wuchs. Direkt nach dem Sturz war der Urin etwas blutig. Es bestanden nur geringe Schmerzen, welche das Kind auf die linke Hüfte lokalisierte. Die Untersuchung ergab eine stark ausgedehnte Dämpfung unterhalb des linken Rippenbogens, undeutliche Fluctuation, Unbeweglichkeit des Tumors. Das übrige Abdomen vollständig weich. Die Operation brachte vollständige Heilung. Die Entstehung des Ergusses ist durch Verletzung des Nierenbeckens oder Ureters entstanden zu denken. Um eine Stauung kann es sich nicht handeln, weil durch die Blase immer Urin entleert wurde. Die in der Litteratur verzeichneten Fälle ergaben wegen sekundärer Infektion nicht immer eine gute Prognose. Die Fälle sind im Ganzen selten.

(Rev. mens. des mal. de l'enf. 1900.) Behrens-Karlsruhe.

Die Behandlung des Typhus bei Kindern mit kalten Bädern. Von J. Glénard.

Verf. verteidigt die Bäderbehandlung bei Typhus der Kinder gegenüber Variot und anderen franz. Klinikern, welche bei der Epidemie im Jahre 1899 in Folge dieser Behandlung heftige Nervenchocks und Erscheinungen von Herzcollaps beobachtet haben. G. hatte bei systematischer Anwendung der Bäder eine Mortalität von 2.5 Procent, während die Sterblichkeit bei medicamentöser Behandlung 15 Procent und bei gemischter 11 Procent betrug. Die Prognose hängt demnach von der Art der Behandlung ab. Herzcollaps ist zu befürchten, wenn das Bad zu warm ist oder die Krankheit in einem zu weit vorgeschrittenen Stadium sich befindet. Wird in diesem Falle ein Analepticum gegeben, so ist auch dann das kalte Bad von grossem Nutzen und die Complication der Herzschwäche lässt sich überwinden.

(Rev. mens. des mal. de l'enf. 1900.) Behrens-Karlsruhe.

— Zur Arthrodese bei Schlottergelenken bei essentieller Kinderlähmung. Von Propper.

Ein Knabe wurde im 3. Lebensjahre nach einer Durchnässung an beiden Beinen gelähmt, so dass er sich seit 4 Jahren nur auf allen Vieren fortbewegen konnte. Die Muskulatur der unteren Extremitäten war hochgradig atrophisch, das rechte Bein verkürzt. Nach Arthrodese des rechten Bein- und Fussgelenkes und des linken Kniegelenkes konnte sich Patient mit Hilfe eines Stützapparates und von Krücken aufrecht fortbewegen. Der funktionelle Effekt wird im Laufe der Zeit sicherlich zufriedenstellend sein, sobald eine feste Verwachsung in den operierten Gelenken eingetreten sein wird.

(Wien. klin. Rundschau 1900.) Dr. Goldbaum-Wien.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Citrophen 0,1—0,4
DS. tgl. 4 P. z. n.
Antirheumaticum

(Frieser).

Rp.
Calc. sulfuric. 0,03
Aq. destillat 125,0
DS stdl. 1 Kaffeel.
Eclampsia infant.
(unter 6 Mon.)

(Kings.)

Rp.*)
Urotropin 2,0
Aq. destillat 100,0
DS 3—4 mal tgl. 1 Kaffeelöffel (In
den ersten 2—3 Jahren; spä-
ter 3—4 mal tgl. 0,3—0,5
bis zum Eintritt saurer Re-
aktion.)
Cystitis.

Rp.
Natr. biborac. 25,0
Glycerin 100,0
DS. zum Auswischen des Mundes.

Rp.
Hydrargyr. cyanat. 0,01
Glycerin 50,0
DS. zum Auswischen des Mundes.
Soor
(letzteres bei stärkerem Auf-
treten.)

Rp.
Hydrargyr. jodat.
s. Protojoduret Hydrargyr.
0,005 (erste 8 Wochen).
0,0075 (3.—6. Mon.)
0,01 (2. Lebenshalbjahr).
0,015 (2. Jahr.)
DS 3 mal tgl. 1 P.
Syphil. congen.

Kleine Mitteilungen.

Im Verlage von R. Oldenbourg in München und Leipzig wird vom 1. Oktober ab der deutsche Verein für Volkshygiene eine Zeitschrift erscheinen lassen, welche einerseits als Vereinsorgan dienen, hauptsächlich aber in einer wohlgeordneten fortlaufenden Weise allen Kreisen unseres Volkes Aufklärung über hygienische Fragen und eine gesundheitsgemässe Lebensweise bringen soll. Der Inhalt der Zeitschrift hat also als Hauptzweck die Krankheitsverhütung. Als Herausgeber zeichnen Geh. O.-Reg. Rath Dr. Bödiker, Dr. Graf Douglas, Geh. Med. Rat Prof. Dr. v. Leyden und Geh. Med. Rat Prof. Dr. Rubner, während die Redaktion in den Händen eines Arztes Dr. Beerwald, eines Laien Reg.-Rat Dr. Kantz und eines Berufshygienikers Dr. Spitta ruht. Etwaige Anfragen, Beiträge sind nach Berlin W., Maassenstr. 23 zu richten.

* Die folgenden Verordnungen sind d. soeben erschienenen 2. Aufl. von Neumann „Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten“ entnommen.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

November 1900.

Heft II.

Inhalt: Originalien: Selter, Bericht über die Verhandlungen der Sektionen für Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen 1900: (Gerhardi, Psychologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene; Kormann, Errichtung von Sanitätsstationen in den Schulen; Schmid-Monnard, Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern; Fischbein, Stimmritzenkrampf; Falkenheim, Familiäre amaurotische Idiotie; Heubner, Säuglingsatrophie; Hochsinger, Hereditär-syphilitische Phalangitis der Säuglinge; Ponfick, Ueber die Beziehungen zwischen Scrophulose und Tuberkulose; Feer, Die Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter.) 241. — Referate: Hänel, Varicellen. 248. — Petit, Darmtuberkulose. 249. — Cassel, Bauchfelltuberkulose. 249. — Roglet, Meningitis. 250. Peltesohn, Rhinitis fibrinosa, 251. — Zweifel, Rhachitis, 252. — Comby, Uricämie. 254. — Fürst, Anämie. 255. — Delcourt, Gelenkrheumatismus. 256. — Koths, Lumbalpunktion. 257. — Jablocow, Lungenchirurgie. 257. — Gesundheitspflege: Schmid-Monnard, Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern. 258. — Rezensionen: Gerhardt, Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 2. Bd. 5. Aufl. 259. — Abeles, Die laryngo- u. rhinologischen Untersuchungsmethoden. 259. — Pfeiffer, Taschenbuch der Krankenpflege, 3. Aufl. 260. — Bernheim, La médication ergotée. 261. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 262. — Kleine Mitteilungen. 264.

Bericht über die Abteilungen für Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen vom 16.—22. September 1900.

Von Dr. Selter, Kinderarzt in Solingen.

Von der verehrl. Redaktion des „Kinder-Arzt“ zu einem Berichte über die diesjährige Versammlung aufgefordert, bringe ich im nachstehenden selbstverständlich nur das, was für die Leser dieser Zeitschrift, die Kinderpraxis ausübenden Aerzte, wichtig ist unter möglichster Resumierung der mehr theoretischen Auseinandersetzungen und unter Hervorhebung des praktisch Wertvollen.

Neben den Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde bringe ich deshalb auch diejenigen der zum ersten Male tagenden deutschen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, deren Mitglieder sich aus Gebildeten aller Stände rekrutieren, und deren Bestrebungen auf diesem leider noch so viele Mängel aufweisenden Gebiete zu unterstützen, die Pflicht eines jeden Arztes ist, dem das Wohl der kommenden Generationen am Herzen liegt. (Vorsitzender Prof. Dr. Griesbach, Mühlhausen-Basel, Jahresbeitrag 3 Mk.)

Gesellschaft für Schulgesundheitspflege. Sitzung vom 16. September 1900,

Aus der Psychologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene bringt Gerhardt (Lüdenscheid) 3 schön ausgeführte Kapitel.

I. Da ohne Gehirn keine Seele, und dieser Sitz der Seele, um

normal zu arbeiten, in gehöriger Menge von gesundem Blut durchflossen sein muss; andererseits aber feststeht, dass das arbeitende Organ am meisten mit Blut versorgt ist, andere dagegen blutleer sind (z. B. findet sich das Gehör der Wandervögel ziemlich blutleer), so wird nach der Mahlzeit das Blut des Kindes sich zum grössten Teil in den Verdauungsorganen finden, das Hirn aber relativ anämisch sein. Hieraus folgt der Leitsatz, dass bei der bei uns üblichen Lebensweise der Unterricht an Nachmittagen, also nach der Hauptmahlzeit, für Lehrer und Schüler gleich schädlich sei.

II. Durch eine zeitliche Folge von konsonierenden Gefühlen entsteht der Affekt (Freude, Zorn), dieser ruft den Willensvorgang hervor und als deren Teil die Willenshandlung. Eine absolute Willensfreiheit, d. h. Wirkung ohne Ursache, giebt es demnach nicht.

Schluss: 1) Nicht alles sollte beim Kinde als böser Wille angesehen werden; 2) Strafe darf nicht als Mittel zur Vergeltung, sondern als Mittel zur Besserung angesehen werden, und muss dementsprechend gestaltet werden.

III. Unser Denken setzt sich zusammen aus Begriff, Urteil und Schlussbildung.

Urteil und Schlussbildung sind aber mehr mechanisch und der Pädagogik nicht unterworfen. Dagegen die Begriffsbildung ist dieser zugänglich, d. h. die Ausbildung der Sinne.

Die Sprache ist Mittel zur Mitteilung. Nur ist die Summe der Wörter sehr klein gegenüber den Begriffen. Deshalb kann die Sprache kein Uebungsfeld für Begriffsbildung abgeben.

Wohl aber die Anschauung, der naturwissenschaftliche Unterricht sind Ausbildungsmittel. Die Muttersprache, nicht die alten Sprachen, das Mittel hierzu.

Kormann (Leipzig) befürwortet die Errichtung von Sanitätsstationen in den Schulen. Zu diesem Zwecke sollen sämtliche Lehrer praktisch ausgebildete Samariter sein, nicht ur theoretisch, wie bisher, geschult. Den Schulen könne man ja daraus keinen Vorwurf machen, dass plötzliche Erkrankungen und Unfälle in ihr in erheblichem Maasse vorkämen, weil sich jugendliche und gesunde Menschen darin aufhielten, wohl aber sei es tadelnswert, dass die erste Hilfe hier nicht sachgemäss geleistet werden könne. Um diese leisten zu können, gehöre ausser obiger Ausbildung ein von einem praktischen Arzte, nicht Theoretiker, eingerichteter Verbandkasten, deren K. einen demonstriert, und die Thätigkeit des Samariters entwickelt bei Brüchen, Verrenkungen, plötzlichen Erkrankungen und Wunden. (Mit der von ihm vorgeschlagenen Reinigung und Verband der Wunden durch Samariter dürfte sich wohl nicht jeder Arzt einverstanden erklären! Anm. des Ref.)

Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern in Halle a.S. hat Schmid-Monnard an 102 in sogen. „Hilfsklassen“ untergebrachten Kindern beiderlei Geschlechts festgestellt. Zunächst stellt derselbe fest, dass 1898 ca. 7000 solcher Schwachbefähigten, d. h. geistig zurückgebliebene aber noch unterrichtsfähige Kinder (soweit nachgewiesen) in Deutschland existierten. Von diesen würden über 60 Proz. durch geeignete Behandlung und Unterricht noch erwerbs-

fähig werden. — Neben geistigem Defekt treten körperliche Minderwertigkeit bei diesen Kindern deutlich hervor, besonders tritt mit Ende des 2. Schuljahres eine körperliche Hemmung (im Wachstum, Gewichtszunahme etc.) ein, Hand und Hand damit ein geistiger Rückschritt. Bevorzugt sind Mädchen. Als besonders charakteristisches für das Lehrpersonal wichtiges Zeichen giebt S. eine dem Veitstanz ähnliche Unruhe der Kinder an, die Eltern und Lehrern erst nach Beginn des Schulunterrichtes auffällt. Alsbald zeigt sich dann auch geistige Minderwertigkeit. Ursächlich führt S. 1) angeborene (Kinder von Säufnern, geistig Gestörten, Bestraften) und 2) erworbene (a) Kinder aus sozial ungünstig gestellten, kinderreichen Familien, b) durch Erkrankungen erworbene) Minderbegabung an. Unter den erworbenen Ursachen sind die Nasenrachenwucherungen weitaus am häufigsten, und therapeutisch am wichtigsten. In dieser Hinsicht kommt Operation der Wucherungen, Besserung sozialer Verhältnisse und zweckentsprechender Unterricht in Betracht. Eine schöne Uebersicht über die Ursache und deren Einfluss auf den eventuellen Erfolg geben nachstehende von S. mitgeteilte Tabellen:

Nasenrachenwucherungen fanden sich bei obigen Minderbegabten:

mässig in	30 %
stark „	50 %
Sa. in	80 %

Dementsprechend:

Chronische Gaumenmandelschwellungen in	25 %
Ueberbleibsel von Ohrenkrankheiten in	33 %

Hörweite für Flüstersprache

unter 2 m	in 13 %
2—4 m	in 11 %
4—8 m	in 66 %
normal 8 m	in 8 %

Die geistige Leistung der Kinder

	war	gut	mittel	schlecht
von 6 Trinkern	in	0 %	16 %	83 %
von 11 Prostituirten	in	18 %	36 %	46 %
von 25 Bestraften	in	4 %	52 %	44 %
von 62 Ordentlichen	in	5 %	64 %	31 %

Abteilung für Kinderheilkunde. Sitzung: 17. September.

Fischbein (Dortmund) empfiehlt als Mittel gegen den Stimritzenkrampf, bei dem ihm alle bisherigen, medikamentösen Mittel, deren er eine Anzahl anführt, nichts nützten, das Aussetzen von Milch, und Ernährung mit Mehlen, namentlich Muffler's Mehl. Als Grund des Spasmus führt er eine durch die Milch und Milchprodukte hervorgerufene, vom Darm ausgehende Intoxikation an.

In der Diskussion, an der sich Hochsinger, Schmid-Monard, Schlossmann, Falkenheim, Ungar, Conrads und andere beteiligten, wird darauf hingewiesen, dass es sich beim Laryngospasmus in weit-aus den meisten Fällen um eine auf der Basis der Rachitis beruhende

funktionelle Neurose handelt, dass also eine zweckmässige Diätänderung die Anfälle verhindern könne, nicht aber die Grundkrankheit beseitige. Hier sprechen sich alle für die Phosphorbehandlung aus und befürworten eine möglichst frische Bereitung des Oeles, da Zweifel über dessen Phosphorgehalt auftauchen. (Zweifel).

(Der Fischbein'schen Annahme, dass die Milchernährung als solche die Ursache des Spasmus sei, widerspricht in seinen mitgeteilten Krankengeschichten, dass er bei Ernährung mit Muffler und Nestlé, also auch milchhaltigen Mehlen, Erfolge erzielte. Anm. d. Ref).

Falkenheim (Königsberg) berichtet über die familiäre amaurotische Idiotie, und fügt den bisher nur durch Ophthalmologen bekannt gegebenen Fällen zwei eigene Beobachtungen hinzu. Diese wahrscheinlich auf der anatomischen Basis einer Degeneration der Pyramidenbahnen (von den Ganglienzellen der grauen Hirnsubstanz bis zum Rückenmark hinab) beruhende Erkrankung wurde bisher ausnahmslos in jüdischen Familien oft mehrfach beobachtet. Erbliche Belastung war nicht in allen Fällen vorhanden. Die Erkrankung tritt gewöhnlich innerhalb des 1. Lebensjahres auf. Nach einer körperlich und geistig normalen Entwicklung von wenigstens einigen Monaten tritt allmählich zunehmende Verblödung ein. Die Sensibilität bleibt erhalten. Die anfangs vorhandene Gesichtsempfindung schwindet allmählich, am längsten bleibt noch die Gehörsempfindung, die sogar vorübergehend durch vermehrte Reflexthätigkeit gesteigert erscheint. Charakteristisch für alle bisher beobachteten Fälle ist der Augenspiegelbefund, der in der Gegend der Macula lutea einem grau- bis schneeweissen Fleck mit einem tiefroten Punkte in der Mitte ergibt.

Prophylaxe und Therapie sind machtlos; die Kinder gehen alle, gewöhnlich bis Ende des 2. Lebensjahres, zu Grunde.

F. ist durch Vermittlung von Rey (Aachen) in der Lage, in der Sitzung vom Donnerstag, den 20. Septbr., seine schönen Ausführungen über diese seltene Erkrankung durch einen weiteren Fall, den er vorführt, zu belegen.

Heubner (Berlin) wendet sich in seinem Vortrage über Säuglingsatrophie (d. h. Atrophie bei fehlender Verdauungsstörung und im allgemeinen zweckmässiger Ernährung) gegen die von Nothnagel und vor allem Baginsky als Ursache hierfür angenommene Atrophie der Darmwandung, speziell des Epithels. Diese sei eine durch die Aufblähung des Darmes entstandene mechanische Verdünnung resp. Auseinanderdrängung des Darmes. Er belegt seine Behauptung durch vom künstlich aufgeblähten Darm gewonnenen Bilder darmgesunder Kinder. Für seine Angabe spreche auch, dass die Atrophie alsbald in wenigen Wochen schwinde, sobald die rechte Nahrung gefunden sei. Er möchte die Ursache der Atrophie vielmehr in einem grossen Verluste an Energie suchen (nach Camerer), die in der Assimilation der Nahrung und der Wärmeabgabe verausgabt werde. Eine nur etwas für den speziellen Fall leichter auszunützende Nahrung würde schon ein Plus in der Energiebilanz ergeben.

In der Diskussion, in der alle bezüglich der Darmatrophie dem

Redner beistimmen, wird von Hochsinger das Protoplasma resp. dessen geringere Thätigkeit, von Schlossmann eine Störung im Aufbau, ähnlich wie beim Diabetes, als mögliche Ursache herangezogen, auch wird von Schmid-Monnard als am wenigsten Energie verbrauchende Nahrung für Flaschenkinder eine solche mit $\frac{1}{6}$ der Kalorien im Eiweiss, $\frac{6}{6}$ in Kohlehydrate und Fett bei ca. 130 Kalorien insgesamt pro Kilo und Tag angegeben, während Teixeira de Mattos Buttermilch empfiehlt.

Hochsinger (Wien) erläutert an der Hand von 55 Fällen und zwar 11 mal an Zehen, 44 mal an Fingern, die hereditär-syphilitische Phalangitis der Säuglinge. Dieselbe hat, wie die osteosyphilitische Pseudoparalyse der langen Röhrenknochen einen einheitlichen anatomischen und klinischen Charakter, und besteht wie diese in einer diffusen, rareficierenden Ostitis, von der Ossificationsgrenze beginnend, wo auch bei Rückgang der Erscheinungen die Verknöcherung wieder beginnt. Bei der Spina ventosa sind im Gegensatz einzelne Herde vorhanden. Klinisch kennzeichnet sich die Erkrankung nebenluetischen Erscheinungen des übrigen Körpers durch flaschenförmige Auftreibung der erkrankten Finger, wobei die Grundphalanx am frühesten und später am meisten aufgetrieben ist. Die Interphalangealgelenke bleiben frei, auch sind die Weichteile nie bei der Entzündung beteiligt. Endlich geht die Erkrankung nie in Eiterung über. Das alles unterscheidet sie von der spina ventosa, welch letztere, wenn multipel, nicht nur die Grundphalangen primär befällt. — Die Erkrankung ist selbstverständlich durch antiluetische Kuren heilbar.

H. demonstriert als Belege Photo- und Skiagramme. Sektionsbefunde würden allerdings, wie Heubner will, weitaus kräftiger sein.

In einer gemeinsamen Sitzung der Abteilungen für innere Medizin, Chirurgie, pathologische Anatomie, Hygiene und Kinderheilkunde erstatteten im Auftrage der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde Ponfick (Breslau) und Feer (Basel) ihr Referat.

Ponfick führte in seinem Thema „Ueber die Beziehungen zwischen Scrophulose und Tuberkulose“ aus, dass seit der Koch'schen Entdeckung des Tuberkelbacillus der Begriff Scrophulose in seiner alten „ominösen“ Vieldeutigkeit nicht mehr aufrecht erhalten werden könne. Ein Ueberblick über die Forschungen auf diesem Gebiete ergebe etwa folgendes: Die Drüsenerkrankungen die zum Bilde der „alten“ Scrophulose gehörten und sein charakteristischer Bestandteil seien, sind zum grössten Teile tuberkulöser Natur. Die Drüsen geben das Sammelbecken für auf der Haut, der Schleimhaut etc. sich abspielende Erkrankungen ab. Die primäre Erkrankung spiele sich auf den Deckflächen, in den Gefässen ab. Hier würden aber alle Bakterien leichter fortgeschwemmt, und demnach sei ihr Nachweis hier sehr schwierig, immerhin sei der Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Erkrankung der Deckfläche und Drüsenerkrankung geliefert, wenn auch der zeitliche Zwischenraum oft ein grosser sei. Wichtig sei hierbei, dass die unverletzte Cutis für Tuberkelbacillen undurchgängig ist, immer also ein Epitheldefekt vorausgegangen sein müsse, während die Schleimhaut des Mundes, des Darmes etc. auch in unverletztem Zustande für diese Bacillen

durchgängig ist. Für das Lungenepithel ist das nicht nachgewiesen, jedoch wahrscheinlich, da es für gröbere Bakterien (Milzbrand) passierbar. P. berichtet alsdann, dass aber nicht alle Drüsenerkrankungen tuberkulösen Charakters seien, ebensowenig wie alle ekzematösen Ausschläge, die so vielfach zur Scrophulose (sc. in altem Sinne) gerechnet würden. Es seien für viele dieser Erkrankungen trotz sorgfältiger Untersuchungen Tuberkelbacillen nicht gefunden, wohl aber Pneumo-, Gono-, Staphylo-, Streptococcen. Für diese letzteren sei die unverletzte Cutis auch durchgängig. Klinisch seien diese Erkrankungen der Haut sowohl wie der Drüsen von der tuberkulösen unterscheidbar, wenn auch schwierig, wobei auch zu berücksichtigen sei, dass sich auf eine solche nicht tuberkulöse (pyogene) Erkrankung die tuberkulöse aufpfropfen könne. So kommt P. zu dem Schlusse, dass eine pathologisch-anatomisch einheitliche Grundlage für den Begriff „Scrophulose“ nicht vorhanden sei. Sie ist aber auch keine lokale Tuberkulose, wie viele wollten, sondern eine Reihe infektiöser Erkrankungen, die klinisch und ätiologisch verschieden (pyogene, tuberkulöse oder Mischinfektion) seien. — Bei dieser Einteilung, meint P., seien die allgemeinen Erscheinungen nicht berücksichtigt, die klinisch sehr in den Vordergrund treten, und die man als Konstitutionsanomalie bezeichne.

Diese bestehe in einer grösseren Aufnahmefähigkeit für fremde Elemente und eigene Absonderungen, in Störungen der Saftbewegungen. Für diese könne man zur Zeit noch den Begriff „Scrophulose“ aufrecht erhalten.

Diese überaus sorgfältigen Zusammenstellungen, die für den Praktiker dankbare Winke für die Differentialdiagnose der verschiedenen Drüsenerkrankungen geben, weisen schon auf die Prophylaxe der Tuberkulose, die sich primär auf den Deckflächen abspielt, hin. Um so fesselnder war es, im Anschluss an P.'s Vortrag den Correferenten E. Feer (Basel) über die Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter zu hören. Wie wichtig diese sei, weist derselbe an einer Reihe von Zahlen nach, nach denen jeder 3. Todesfall, jeder 2. Invaliditätsfall der Tuberkulose zur Last gelegt werden müsse. 30—40 Proz. aller Todesfälle bei Kindern erfolge an Tuberkulose, und zwar ist hier das 2.—5. Lebensjahr am meisten bedroht, früher und später weniger. Fast nie aber sei die Tuberkulose angeboren, sondern immer durch Infektion hervorgerufen. Aus diesem Grunde sei gerade die Prophylaxe so eminent wertvoll, und das um so mehr als therapeutische Massnahmen grade für das Kind viel weniger in Betracht kommen.

Die Infektion erfolge fast stets durch die Luftwege und (in 2. Linie) die Nahrungswege, dementsprechend sei am häufigsten die Erkrankung der diesen zugehörigen Drüsen, der Bronchialdrüsen, dann der Halsdrüsen und erst zuletzt der übrigen Organe. Bei der Neigung des kindlichen Organismus zur Erweichung der erkrankten Drüsen, sei die miliare Verbreitung der Tuberkulose von hier aus häufig. — Hiernach hätten sich die Schutzmaassregeln zu richten.

Ein Eheverbot für Tuberkulöse einzuführen, wie es in einzelnen Staaten Nordamerikas existiert, sei zwar zweckmässig, aber undurch-

führbar, dagegen könne der Arzt Tuberkulösen von der Ehe abraten und ist diese eingegangen, Massregeln zur Vernichtung der Tuberkelbazillen geben u. s. w.

Da die Tuberkulose mit der Wohnungsdichtigkeit parallel geht, andererseits Luft und Licht die grössten Gegner der Tuberkelbacillus sind, so ist auf eine möglichste Verbesserung der Wohnungen zu dringen. (Geräumig, an breiten Strassen und Gärten, keine Hofwohnungen). Hier habe man allerdings mit der Genusssucht des Menschen zu kämpfen, die in Deutschland zu einer Mehr-Ausgabe von 50 Mk. pro Kopf und Jahr für Alkohol denn für Fleisch geführt habe. F. befürwortet deshalb scharfe Wohnungsgesetze.

Die Wohnungen seien entsprechend eingerichtet und peinlich sauber gehalten. Vermieden seien Polstermöbel, Teppiche, weil schlecht zu reinigen, vor allem aber die Schleppröcke der Frauen. Je exakter die Körperpflege, desto besser (Waschen und Baden, Reinigen des Mundes, häufiger Wäschewechsel) und sollte deshalb der Mutter zufallen, die nicht zum Broterwerb herangezogen werden dürfe, deren Kenntnisse in der Pflege bereichert werden müssten. F. geht hierbei auf bekannte Untugenden in der Pflege der Kinder ein, auf deren Schädlichkeit er hinweist (Lutschen, Küssen, mit Speichel bestreichen, gemeinschaftliche Essgeräte), er weist auf die Wichtigkeit der Zahn- und Mundpflege, der aufmerksamen Behandlung von adenoiden Vegetationen, von Bronchialkatarrhen etc. hin, speziell des Keuch Hustens, für den er besondere Anstalten einzurichten empfiehlt.

Der Verkehr der Kinder mit der Aussenwelt werde geregelt. Kleinere Kinder lasse man eventuell im Schutzpferch. Dienstmädchen auch nur mit Verdacht auf Tuberkulose seien vermieden. Halte Tuberkulose überhaupt von Kindern fern. Am gefährlichsten ist der Umgang des Kindes mit der tuberkulösen Mutter (Tröpfcheninfektion). 44 Proz. der Kinder tuberkulöser Mütter gehen an Tuberkulose zu Grunde, 24 Proz. tuberkulöser Väter. Die Unterbringung solcher Kinder in Kinderheimen, in gesunden Familien sollte allgemein üblich werden.

Wichtig ist vor allem auch die Ernährung des Kindes. Reichliche Milch- und Fleischernährung sind vor allem zu empfehlen.

Hierbei ist nicht zu übersehen, dass 1 Proz. (bedeutend mehr! Red.) aller Kühe tuberkulös sind und in ca. 32 Proz. aller Molkereipräparate Tuberkelbacillen gefunden wurden. Die Tuberkulinprobe sollte deshalb wenigstens für die Spender sogen. Kindermilch obligatorisch sein (wie z. B. in Baden). Aber auch Fleisch ist eventuell tuberkelhaltig. Beide sollten deshalb dem Kinde nie ungekocht gereicht werden. Dass auch die Erzeugnisse tuberkulöser Bäcker, Conditoren, u. s. w. Tuberkulose übertragen könne, sei nicht vergessen. Ein strengeres Lebensmittelgesetz sollte hier Wandel schaffen. Gegen eine „Stadtkrankheit“, wie die Tuberkulose, ist vor allem der Aufenthalt in frischer Luft Schutzmittel. Besondere Spielplätze mit Rasen sollten deshalb von grösseren Kommunen, auch für Mädchen angelegt werden. Krippen mit Gärten, Kindergärten (nicht Kinderschulen), Schulbäder und Schulgärten, Ferienkolonien, auch soge-

nannte Halbkolonien (wie z. B. Dresden sie für die Nachmittage zu Ausflügen eingerichtet) seien empfohlen, nicht zu vergessen seien endlich die Sool- und Seebäder.

Für schwächliche und vor allem erblich belastete Kinder, sowie für genesende kommen endlich die Kinderheilstätten in Betracht.

Um das alles zu erreichen, sei aber eine andere Erziehung des Menschen erforderlich. Wenn auch jeder Gebildete (speciell Aerzte und Geistliche) die Pflicht habe, hier aufklärend zu wirken, solle die Jugend zu hygienischer Lebensweise erzogen werden, Aerzte sollen an Schulen als Lehrer thätig sein. Koch- und Haushaltungsschulen sollten für Mädchen obligatorisch sein. — Endlich müsse der Staat mit Gesetzen eingreifen. Neben Wohnungs- und Lebensmittelgesetzen müsse obligatorische unentgeltliche Desinfektion der Wohnungen Tuberkulöser, müsse das Verbot an öffentlichen Orten (Strassen, Schulen, Kasernen etc.) auf den Boden zu spucken, alsbald erlassen werden. In summa, so schloss F., nichts neues, die alten Fundamente der Gesundheitspflege: „Luft, Licht und Wasser“ sind die besten Schutzmittel gegen die Tuberkulose unserer Kinder.

Diese dankenswerten Ausführungen gaben bei der heutigen Neigung, den Schwerpunkt der Tuberkulosebekämpfung in den Lungenheilstätten zu suchen, den Hörern, wie geben sie den Lesern dieser Zeitschrift wiederum eine Anregung, bei ihrer Klientel, in ihrem Gemeinwesen verbessernd und somit schützend zu wirken.

Referate.

Nephritis bei Varicellen. Von H. Haenel. (Centralbl. für innere Medicin 1800, 19.)

Nephritis als Komplikation von Varicellen ist etwas nicht ganz Seltenes. Aus den Publikationen von ca. 30 Fällen geht hervor, dass nach dem Verschwinden des Exanthems (4—12 Tage) eine Nephritis sich einstellen kann, welche im Allgemeinen einen milden Verlauf (geringes oder gar kein Fieber, mässige Störung des Allgemeinbefindens, selten Oedeme, urämische Symptome und tödtlicher Ausgang) zeigt. In der Beobachtung des Verf. ist der Umstand ungewöhnlich, dass die Nephritis von dem Ausbruche des Exanthems, gewissermassen als Prodromalerscheinung auftrat. Nach vorübergehenden leichten Fieberbewegungen in Folge von broncho-pneumonischer Lungenerkrankung trat Albuminurie unter hohem, continuierlichen (7 Tage lang) Fieber ein, welches indess das Allgemeinbefinden wenig störte. Nach ziemlich steilem Abfall des Fiebers am 8. Tage erschien unter

neuem Temperaturanstieg am 10. Tage ein einzelnes Bläschen, welchem noch einige wenige Efflorescenzen folgten. Der Eiweissgehalt des Urins war allmählich gesunken und vom 10. oder 12. Tage an nicht mehr nachweisbar. Verf. meint, dass es sich um eine Art vika-rirende Nephritis gehandelt habe. Das krankmachende Agens der Varicellen hatte statt auf der Haut zum grössten Teil in den Nieren sich localisiert. Gestützt wird die Annahme dadurch, dass das Exanthem ein ganz und gar abortives war. Das Gift schien sich gewissermassen schon in den Nieren erschöpft und zu einem regulären Exanthem nicht mehr die Kraft besessen zu haben. Der Fall gewinnt an Klarheit durch die Beobachtung, dass der Charakter der Epidemie zu Nierenaffectionen neigte. Von im Ganzen 6 Varicellen-fällen boten 3 Komplikationen mit Nierenerkrankungen.
v. Boltens Stern-Bremen.

Die Wirkung des Nitras argenti bei Darmtuberculose. Von Petit. (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 36, 1900.)

P. rühmt sehr die Wirkung des Nitras argenti bei Darm-tuberculose. Das Mittel hat den doppelten Nutzen, dass es den Darm desinficiert und die Heilung der tuberculösen Geschwüre begünstigt. Bei Kindern zwischen 5 und 10 Jahren giebt man 3 Tage nacheinander nach Entleerung des Darmes, am besten mittelst eines Salzwasserklysmas, eine der folgenden Pillen:

Rp. Nitr. argenti	0,01
Amyl.	
Pulv. Liquirit. aa	0,02
Mfpill. Dent. tal. dos. No. 5	

DS. 1 Pille täglich.

Wenn am 3. Tage die Diarrhoe noch nicht aufgehört hat, gibt man in den 2 folgenden Tagen 2—3 dieser Pillen. Bei Kindern unter 5 Jahren, welche Pillen nicht schlucken können, verabreicht man das Mittel in Lösung oder per Klyσμα, am besten in Lösung:

Rp. Nitr. argenti	0,01
Aq. destil.	
Syr. rub. id. aa	50,0

Einem 6-monatlichen Kinde giebt man 2 Kaffeelöffel täglich; einem älteren Kinde verabreicht man die ganze Lösung innerhalb einer Stunde. Diese Behandlung ist absolut unschuldig und konnte in zahllosen Fällen ohne den geringsten Nachteil eingehalten werden. Bei blutigen Stühlen giebt man ein Klyσμα aus 0,01—0,1, je nach dem Alter des Kindes, in 200 gr. Wasser.

Dr. Goldbaum-Wien.

Geheilte Bauchfelltuberculose bei Kindern. Von Cassel. (Deutsche med. Wochenschr. 1900 Nr. 37.)

1) Ein achtjähriger Knabe leidet seit einigen Tagen an Schmerzen in der Magengegend und im linken Hypochondrium, sowie Erbrechen. Die Untersuchung ergibt Dämpfung im l. Hypochondrium, Fieber bis 39,1. Eine Probepunktion im 10. Interkostalraum liefert wasserhelle, klare, eiweissreiche Flüssigkeit. Als die Dämpfung zu-

nimmt, wird eine Laparotomie beschlossen, durch die $\frac{2}{3}$ l seröser Flüssigkeit aus dem Abdomen entleert werden. Das Peritoneum ist besetzt mit Knötchen, in denen später Tuberkelbazillen sich nachweisen liessen. Nach der Operation tritt allmähliche Besserung und Gewichtszunahme ein. 4 Jahre nach der Operation ist der Knabe noch ganz gesund.

2) Ein 6jähriges, tuberkulös belastetes Mädchen zeigt Knochentuberkulose und eine Dämpfung in der linken Hälfte des Abdomen, welches aufgetrieben ist. Lebhaftes Schmerzen. Fieber. Die Diagnose lautet: Peritonitis tuberculosa. Bei der Laparotomie entleerte sich viel seröse Flüssigkeit. Mesenterium und Darmserosa waren übersät mit Knötchen, deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose bestätigten. Zahlreiche Adhäsionen. Nach der Operation langsame, aber stetige Besserung, die auch anhält.

3) Bei einem $2\frac{1}{4}$ Jahre alten Knaben, der tuberkulös belastet ist, wird in der Ileocöcalgegend ein Tumor gefunden, der auch nach Gebrauch von Laxantien bleibt, ferner lässt sich viel Flüssigkeit im Abdomen nachweisen. Bei der Laparotomie sieht man Knötchen in der Serosa, die mikroskopisch als Tuberkeln erkannt werden. Die Heilung wurde durch tuberkulöse Infektion der Wunde verzögert, doch blieb die Heilung dauernd.

Die Diagnose hat zu berücksichtigen: Chronische Erkrankung, Schmerzen und Auftreibung des Leibes, Ascites, Tumoren im Abdomen, die bewirkt sind durch Tuberkeln oder durch fibröse Verdickungen. Sie werden besonders gut gefühlt durch bimanuelle Untersuchung vom Rectum aus. Fieber kann fehlen.

Die differentialdiagnostisch in Betracht kommende chronische seröse Peritonitis ist bei Kindern sehr selten. Es fehlen hier Schmerzhaftigkeit und Tumoren.

Prognose der Bauchfelltuberkulose ohne Operation sehr schlecht, bei Operation etwas besser. Von 7 operierten Fällen starben dem Verf. 3.

M. Moltrecht-Halle.

Le signe de Kernig dans les méningites. Von P. Roglet. (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1900, 56).

Wenn alle Symptome der Meningitis zusammen sich vorfinden, ist es von den ersten Tagen ab leicht, eine sichere Diagnose zu stellen. Solche Fälle aber sind selten. Die Kardinalerscheinungen der Meningitis (Kopfschmerz, Erbrechen, Obstipation, Contracturen) haben nur vollen Wert, wenn sie vereint und in erheblicher Intensität auftreten. Sind sie wenig markiert, fehlt eine oder die andere, so wird die Diagnose verzögert und erschwert. Die Schwierigkeiten wachsen, Irrtümer sind möglich, wenn sie alle fehlen oder im Beginn undeutlich nur nach und nach erscheinen. Derartige Fälle sind am häufigsten. Eine Meningitis, insbesondere eine tuberkulöse, kann sich entwickeln, ohne mehrere Tage lang pathognomonische Zeichen zu bieten. Selbst wenn ein durch eine andere Krankheit geschwächter Organismus von einer Meningitis befallen wird, kann diese durch wenig auffällige Symptome sich äussern, welche nicht einmal die Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen. Andererseits bietet die Me-

ningitis cerebrospinalis oft Symptome ähnlich denen von Typhus, Tetanus, infantiler Lähmung.

Das Kernig'sche Symptom (Kniecontractur beim Aufsitzen) haben manche Autoren nur bei Meningitis beobachtet. Nach Büll ist es weder Folge einer Meningitis nach einer Läsion der Pia mater; es zeigt einfach eine Steigerung des intracraniellen Druckes an; es unterstützt nur die Diagnose. Andere Beobachtungen (Henoeh, Herrick, Vidal, Werklen, Klippel) beweisen ferner, dass das Kernigsche Zeichen auftreten kann, ohne dass eine Meningitis, eine Entzündung der Meningen vorliegt, dass es ein pathognomonisches Zeichen nicht sein kann. Indess lag in diesen Fällen unzweifelhaft eine Reizung der Meningen durch einen Bluterguss, durch einen Hirnabscess vor. Andere Autoren haben das Symptom beobachtet, ohne dass es durch eine Meningitis oder auch durch eine Meningeureizung sich erklären liess. So fanden Hornich es bei einer bettlägerigen Frau mit blennorrhagischer Arthritis im Kniegelenk, Cipollina und Maragliano in Fällen, wo durch anatomische und bacteriologische Untersuchung, sowie nach dem ganzen Verlauf eine Meningitis absolut auszuschliessen war.

R. hält indess dafür, dass wenn das Kernig'sche Symptom auch nicht nur bei Meningitis sich findet, es doch ausschliesslich unter Abhängigkeit einer Meningeureizung auftritt.

Nach den statistischen Angaben in der Literatur kommt es bei Meningitis in 85% der Fälle vor. Es muss also doch einen gewissen Wert haben und verdient sorgfältig beobachtet zu werden. Von Bedeutung ist zum mindesten für die Mehrzahl der Fälle, dass das Symptom eine Meningeureizung anzeigt. Der diagnostische Wert verliert allerdings dadurch, dass das Symptom selten im ersten Anfang der Krankheit und selten isoliert auftritt. Oft gehen ihm vorher oder begleiten es wenigstens Symptome, welche an sich für Meningitis charakteristisch sind. Meist erscheint es erst im zweiten Stadium der Krankheit, wenn bereits circulatorische und respiratorische Störungen, sowie Contracturen den Uebergang der Affektion von den oberen, cerebralen Meningen auf die bulbären und medullären anzeigten.

Das Symptom ist also ein diagnostisches Hilfsmittel, welches nach Kernig's Worten die Diagnose völlig sichert, wenn ein Verdacht auf Meningitis vorliegt, und mangels eines solchen den Arzt veranlassen muss, nach weiteren Symptomen der Krankheit zu forschen. Auf die Konstatierung des Symptoms allein kann die Diagnose nicht sich stützen. Es ist nur ein schnell orientierendes Symptom (symp-tôme rapide d'orientation). Von besonderem Wert ist es für die Differentialdiagnose zwischen Meningitis cerebrospinalis und gewissen Formen von Influenza, Typhus, Kinderlähmung, Tetanus, Meningismus. Zur Differentialdiagnose zwischen der ersteren und tuberculöser Meningitis kann es dagegen nicht benutzt werden.

v. Boltens Stern-Bremen.

Zur Therapie der Rhinitis fibrinosa. Von F. Peltessoeh. (Therap. Monatsh. 1900, 9).

Die Rhinitis fibrinosa macht nur geringe Allgemeinerscheinungen,

tritt fast ausschliesslich bei Kindern auf und besteht in einer fibrinösen Exsudation auf der Schleimhaut der Nase. Bei der Nasenuntersuchung mittelst Reflectors sieht man die untere und mittlere Muschel, das Septum, bisweilen auch den Nasenboden mit grauweissen, gelatinösen Massen bedeckt. Meist sind beide Nasenhälften erkrankt, bisweilen ist eine Seite ganz frei, manchmal erkrankt eine nach der anderen. Bei Versuchen, die Membranen zu entfernen, blutet die Unterlage leicht und stark. Die fibrinösen Massen regenerieren auffallend schnell. Die befallene Nasenseite ist vollkommen verstopft. Nicht die leiseste Expiration, Schnauben etc. ist dort möglich. Eine derartige Verstopfung bei einem scheinbar einfachen Katarrh muss den Verdacht auf Rhinitis fibrinosa erwecken.

Diphtherie der Nase unterscheidet sich sehr wesentlich: sehr starke fieberhafte Allgemeinerscheinungen, neben der Membranbildung starke eitrig-absondernde Ausfluss aus der Nase mit Excoriation der Oberlippe und des Naseneinganges, übelriechender Ausfluss.

P. ist es gelungen, in 12 Fällen in überraschend kurzer Zeit die Membranen zu lösen und die Nase durchgängig zu machen durch lokale Anwendung einer 0,04% Lösung von Hydrarg cyanat. Man zwirbelt ein langes Stück Watte zweckmässig zusammen, taucht es in die Lösung und steckt es für eine Stunde abwechselnd in die eine und die andere Nasenhälfte. Am Tage wird stündlich ein solcher langer spitzer Tampon in die Nase bis zur Riechspalte hineinsteckt. Nachts kann eine Seite tamponiert bleiben. Schon nach kurzer Zeit beginnen die Membranen sich zu lösen, die Nase wird frei, die kleinen Patienten können mit Leichtigkeit den Inhalt der Nase entleeren.

v. Boltens Stern-Bremen.

Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Rhachitis. Von Zweifel. gr. 8^o III u. 188 S. Leipzig, 1900. Hirzel. Preis 6 Mark.

Der Arzt, welcher bisher aus der umfangreichen Literatur über die Rhachitis praktische Gesichtspunkte für die Behandlung seiner rhachitischen Patienten herauschälen wollte, der bestrebt war, seine kleinen Patientinnen für später vor den traurigen Folgen in der ersten Jugend erworbener Beckenverengungen zu bewahren, sah sich bitter enttäuscht. Vor ihm türmte sich ein Berg von Schriften auf mit den sich widersprechendsten Untersuchungsergebnissen; die positive Ausbeute war gleich Null.

Die vorliegende Arbeit Zweifels, ausgezeichnet durch nüchterne Beobachtung, strengste Selbstkritik, durch ungemein zahlreiche und mit minutöser Genauigkeit angeordnete Untersuchungen ist geeignet, Licht in das dunkle Gebiet der Aetiologie der Rhachitis zu bringen. Die Aetiologie, dann die pathologische Anatomie und Chemie der rhachitischen Knochen ist bereits bis in die feinsten Details durchforscht und geklärt. Die Lectüre dieses hochinteressanten Buches ist nicht ganz leicht, weil sie besonderes Verständniss für physiologische Chemie erfordert. Gleichwohl fesselt sie den Leser von Anfang bis zu Ende, weil sie uns nicht mit theoretischen Erwägungen ermüdet, son-

dern von der Praxis ihren Ausgang nimmt und sich fortgesetzt in realem Fahrwasser bewegt.

In dem ersten in drei Abschnitte gegliederten Teil unterzieht Zw. die zahlreichen experimentellen Arbeiten über Rhachitis einer streng-kritischen Sichtung und kommt zu dem richtigen Schluss, dass nur die Kalksalzeentziehung allein, nicht etwa ihre Combinirung mit Milchsäurearreicherung oder gar letztere für sich aufwachsende Thiere rhachitisch macht. Es folgen nun im zweiten Teil auf Grund der von Bunge hervorgehobenen grossen Bedeutung der Alkalisalze für die Ernährung hunderte von Untersuchungen und Controluntersuchungen über den Chlorgehalt (stets als Chlornatrium berechnet) von Schwarz- und Weissbrot, z. t. auch Mehl aus den verschiedensten Städten des In- und Auslandes. Bedeutungsvoll ist das Resultat für das bekanntlich von der Rhachitis besonders heimgesuchte Königreich Sachsen, die Provinz Sachsen und die thüringischen Lande, dass hier im Gegensatz zu ganz Nord- und Süddeutschland das Schwarzbrot gar nicht gesalzen wird.

Zw.'s Ernährungsversuche stillender Wöchnerinnen mit Kochsalz- armer Nahrung hatten zwar eine erhebliche Verminderung des Chlornatriumgehaltes der Muttermilch zu Folge, doch sank derselbe nie unter eine bestimmte Grenze, den sog. „eisernen Bestand“. Die Prüfung der mehlhaltigen Kindernahrungsmittel ergab die für die Praktiker sehr wichtige Thatsache, dass sie sämtlich in ihrem Gehalt an Nährsalzen weit hinter der Frauenmilch zurückstehen, also ein grosses Manko für die Oekonomie des Körpers aufweisen und daher als alleinige Nahrung sowohl für Säuglinge im Alter von 3- 4 Monaten, als auch für schwächliche ältere Kinder gänzlich ungeeignet sind.

Der dritte und vierte Teil, in 3 bez. 4 Abschnitte zerlegt, beschäftigt sich mit den Schicksalen der mit der Milch in den kindlichen Magen eingeführten Kalksalze, mit der Verdaulichkeit der Kuhmilch durch Kochen, durch Verdünnen mit reinem Wasser, durch Zusatz von Milchzuckerlösung und Kochsalzlösung, endlich mit verschiedenen künstlichen Milchgemengen. Und das Ergebnis ist die hochbedeutende Thatsache, dass auch nur 15 Minuten andauerndes Kochen die Milch chemisch so verändert, dass der kindliche Magen einen grossen Teil der unlöslich gewordenen Kochsalze nicht resorbieren kann. Das ist um so wichtiger, als Zw. nachweist, dass die Kalksalze im wesentlichen im Magen gelöst werden und zur Aufnahme gelangen, die im Darm häufig und zahlreich gefundenen Kalkseifen aber die nicht aufnahmefähig gewordenen Kalksalze darstellen. — Ferner gekochte oder sterilisierte Milch ist nicht schwerer, sondern leichter verdaulich wie rohe, umgekehrt macht die Verdünnung der Milch durch reines Wasser diese nicht im geringsten verdaulicher; nur der Zusatz einer 6,5 proz. Milchzuckerlösung und 0,2 proz. Kochsalzlösung, namentlich aber eine Combination beider bewirkt eine leichtere Verdaulichkeit in erhöhtem Masse.

Der fünfte Teil bringt neben Stoffwechselfersuchen rekapitulierend die praktisch wichtigen Schlussfolgerungen, dass eine regelmässig kräftige Säurebildung im Kindermagen die Resorption der Nährsalze erhöht, mithin, weil das Kochsalz Quelle und Ausgangs-

punkt für die Verdauungsalzsäure des Magens darstellt, zur Verhütung der Rhachitis der Zusatz von Kochsalz zur Kuhmilch notwendig ist. In dem Mangel an Chlornatriumaufnahme erblickt Zw. die Entstehungsursache der Rhachitis. (25 proz. Beckenverengungen bei den Frauen, namentlich denen der niederen Stände des Königreichs Sachsen und gleichzeitig hier der mangelhafte Salzgebrauch — ungesalzenes Schwarzbrot — l)

Die Heilung der floriden Rhachitis will Zw. durch Darreichung stark verdünnter Salzsäure erreichen, weil durch diese das in der Kuhmilch enthaltene Calciumnitrat wieder in Lösung gebracht und resorbierbar gemacht wird. Dagegen ist dem Phosphor keine spezifische Heilwirkung bei der Rhachitis zuzuschreiben, da zahlreiche Untersuchungen von Phosphorleberthran erwiesen haben, dass infolge von Oxydation des Phosphors in phosphorige Säure überhaupt gar keine Phosphorwirkung zu Stande kommen kann. Zum Schluss gedenkt Zw. noch kurz der Osteomalacie, von der er annimmt, dass sie nicht als eine Tropho-Neurose des Knochensystems, sondern als eine der Rhachitis nah verwandte Krankheit aufzufassen ist.

Vorstehendes Referat kann das Studium der Zweifel'schen Arbeit nicht ersetzen, vor allen Dingen nicht die Beweiskraft zum Ausdruck bringen, die in der strengen Logik und Objektivität uns in jedem Satz entgegentritt.

Die Anschaffung des Buches sei daher jedem Arzt auf das Wärmste empfohlen.

Kr.-Phys. Dr. Schwabe-Langensalza.

L'uricémie chez les enfants. Von J. Comby. (Gaz. hebdomadaire de médecine et chirurgie, 1900, 61.)

Die infantile Uricämie betrachtet C. als den Vorläufer und Ausgangspunkt der Gicht, als embryonale Gicht, als Folge einer neuro-arthritischen Diathese. Die Erscheinungen im Kindesalter sind meist paroxystischer Natur. Bald handelt es sich um Kopfschmerzen, bald um periodisches Erbrechen, Arthralgie, Ostealgien, um die verschiedenartigsten nervösen Erscheinungen (cerebrale Erregung, Pavor nocturnus, einfache oder epileptiforme Konvulsionen, Spasmus glottidis usw.), um Hauterscheinungen (recidivierende Ekzeme, Lichen usw.), um asthmatische Anfälle. Alle diese verschiedenartigen Erscheinungen umschlingt ein pathogenetisches Band: Arthritis, Uricämie. Die Ursachen dieser allgemeinen Ernährungsstörung sind hereditär oder erworben. Die Symptome bieten an sich wenig Charakteristisches, ihre Bedeutung erlangen sie erst durch die besonderen Umstände (Alter des Individuums, periodisches, paroxystisches Auftreten, erbliche Diathese, Harnanalyse). Die Prognose ist nicht durchaus ernst, hygienische und vorbeugende Massregeln beeinflussen sie stark. Die Ernährung muss strenge geregelt und zum grössten Teil vegetarisch sein. Ferner handelt es sich um Regulierung der Funktion des Darmes (Laxantien), der Haut (Bäder, Douchen, Abreibungen, feuchte Einpackungen), der Lungen (frische Luft, Körperübungen), Fernhaltung von Gehirnüberanstrengung. Während der Anfälle sind Alkalien zu verordnen, in den Zwischenpausen

Trinkbäderkuren, welche die Haut, die Nieren, das Blut, den Magen und Darm, das Nervensystem beeinflussen.

v. Boltenstern-Bremen.

Zur Pathogenese und Therapie anämischer Zustände im Kindesalter. Von L. Fürst. (Therap. Monatsh. 1800, 9).

Die congenitale Form der Anämie entsteht nicht selten durch Vererbung. Habituelle Anämie der Eltern, Cachexie in Folge von Tuberculose, perniciose Neubildungen usw., ungünstige dürftige Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse der Mutter, Krankheiten während der Gravidität führen zur Anämie des Kindes. Sie kommt auf dem Wege des Placentarkreislaufes zu Stande und bildet sich in der Zeit der foetalen Entwicklung weiter aus.

Die alimentäre Form resultiert aus allzulange fortgesetzter ausschliesslicher Ernährung mit Milch beim normalen, nicht anämisch geborenen Säugling. Milch nimmt bekanntlich bezüglich ihres Eisengehaltes eine sehr niedrige Stufe unter den Nahrungsmitteln ein.

Die Wachstumsanämie ist eine Krankheit des 5.—7., auch bis 12. Jahres. Sie fällt mit dem Längenwachstum und gleichzeitiger Fettabnahme zusammen und ist auf gesteigerte Oxydationsvorgänge zurückzuführen. Die Bildung neuer Blutzellen hält mit den gesteigerten Gewebszerfall nicht Schritt. Die Blutmasse nimmt ab. Sie wird durch vermehrten Absatz von Knochen- und Muskelsubstanz zu stark in Anspruch genommen.

Die Entwicklungsanämie tritt im Schulalter bei beiden Geschlechtern, meist gegen die Pubertät vorwiegend bei Mädchen, also zwischen den 12.—15. Jahre auf, begünstigt durch Ueberanstrengung und Ueberbürdung des Gehirns, nervöse Erregungen, zu anhaltend sitzende Lebensweise.

Pathologische Formen der Anämie treten im Gefolge von akuten Hämorrhagien nach aussen (Blutverlust aus einer Nabelschnurarterie, nach Circumcision, Traumen, durch Epistaxis usw.) oder nach innen (Morb. Barlow. Scorbut, Melaena), von congenitalen Tumoren (Sarkome, cystoide Geschwülste), von akuten Krankheiten mit starken Säfteverlusten (Brechdurchfall), von ausgedehnter chronischer Lymphadenitis, von frühzeitig erworbener Tuberculose, von constitutionellen Krankheiten, welche im Knochenmark, dem Sitz der Blutbereitung, lokalisiert sind. Es handelt sich um direkte oder indirekte Verminderung des Blutbestandes meist zugleich mit starker Abnahme des Hämoglobingehaltes.

Der Verschiedenheit der Pathogenese müssen die therapeutischen Massregeln entsprechend angepasst werden. Die Behandlung muss, um der causalen Indication zu genügen, weniger eine medikamentöse, als hygienisch-diätetische sein. Für die Regeneration des Blutes, die Vermehrung der Zellen und die reichere Versorgung dieser mit Hämoglobin eignen sich nach F. weniger die künstlichen Eisenalbuminate, wenigstens für längeren Gebrauch, als die organischen Eisenverbindungen, welche teils im Pflanzenreich, teils in dem direct aus Blut hergestellten Hämoglobin fertig sich vorfinden. Verf. empfiehlt insbesondere das „trockene Hämoglobin Schneider“, Siccò. Die im

einzelnen Falle der Form entsprechenden, erforderlichen Massnahmen ergeben sich aus der Aetiologie. Für Diät und Medication empfiehlt Verf. zeitweilige Abwechslung, um Gewöhnung und Abneigung zu vermeiden.

v. Boltenstern-Bremen.

Un cas de rhumatisme articulaire aigu chez un enfant de 18 mois. Von Albert Delcourt. (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1900, 52.)

In der Literatur giebt es nur spärliche ausführliche Veröffentlichungen über akuten Gelenkrheumatismus bei Kindern unter 2 Jahren. Die meisten Fälle sind gelegentlich in der Discussion mitgeteilt. Verf. vermehrt die Kasuistik um eine Beobachtung und bespricht eingehender die Krankheit, welche im Kindesalter einige besondere Eigentümlichkeiten zeigt. Das Fieber ist im Allgemeinen nicht hoch, selten über 38°. Ausnahmsweise werden profuse Schweisse und heftige Gelenkschmerzen beobachtet. Meist ist nur eine geringe Zahl von Gelenken befallen. Die Dauer beträgt im Allgemeinen 8—15 Tage. Selten schliesst sich ein chronischer Gelenkrheumatismus an. Besonders bemerkenswert ist die sehr leichte Beteiligung der inneren Organe, namentlich des Herzens. Im schweren, allgemeinen, acuten Gelenkrheumatismus der Erwachsenen bildet die Coincidenz einer Pericarditis oder Endocarditis die Regel, die Nichtcoincidenz die Ausnahme, in fieberlosen, partiellen, leichten Fällen dagegen die Nichtcoincidenz der Peri- oder Endocarditis die Regel, die Coincidenz die Ausnahme. Im Kindesalter wird von diesem Gesetz abgewichen. Gerade in leichter Form wird das Herz affiziert. Oft genug liegen nur ganz geringe Gelenkschmerzen vor, welche die Kinder in keiner Weise an der Nahrungsaufnahme, im Spiel stören. Manchmal beginnt die Krankheit mit der Herzaffection. Oft bietet sich als einziges Symptom der Endocarditis der unreine Herzton, wie in vorliegendem Falle. Die Herzerscheinungen gehen meist schnell vorüber, können sogar bei ungenügender Auskultation ganz unbemerkt bleiben. Nach einigen Tagen, im vorliegenden Falle in 4, ist der Zustand wieder normal. Bei dem Patienten blieb auch fernerhin das Herz intact. Von anderen Komplikationen werden Pleuritis und besonders Chorea ($\frac{1}{2}$ der Fälle) beobachtet. Charakteristisch für das Kindesalter ist die Beteiligung der fibrösen Gewebe und Sehnenstränge. Um die Gelenke, auf Aponeurosen bilden sich auf Druck schmerzhaft rheumatische Nodositäten von Erbsen- bis Haselnussgrösse, bestehend aus fibrösem oder knorpeligem Gewebe, manchmal mit Kalkeinlagerungen. Die Diagnose kann unter Umständen Schwierigkeiten machen. Verwechslungen sind möglich namentlich mit pseudorheumatischen Gelenkschmerzen bei Scharlach, Variola, Rhachitis, Purpura, beim Wachstum, und mit blennorrhagischer Arthritis. Die Therapie bietet nichts Besonderes. Natr. salicyl. wird von Kindern sehr gut getragen. Verf. empfiehlt auch Watteeinwickelungen nach vorausgegangenen Einreibungen mit alkoholischer Methylsalicylatlösung.

v. Boltenstern-Bremen.

Ueber Lumbalpunktion bei Kindern. Von O. Kohts. (Ther. Monatsh. 1900, 9.)

Verf. hat in 20 Fällen von Meningitis tuberculosa, in 6 von Meningitis cerebrospinalis suppurativa, in 4 Fällen von Hydrocephalus (1 mal mit Spina bifida, 2 mal mit Hirntumoren), in 2 Fällen von Meningitis simpl. resp. specific. und bei einem 3 monatlichen Kinde mit eklampthischen Anfällen die Lumbalpunktion angewendet.

Bei der tuberculösen Meningitis machte ein günstiger Einfluss in einzelnen insofern sich geltend, als kurze Zeit darauf Somnolenz und Coma verschwanden, die Patienten, welche vorher apathisch dalagen und Nahrungsaufnahme verweigerten, zu essen und trinken verlangten und vorübergehend teilnehmend sich verhielten, die Krämpfe hörten bisweilen auf, die vorher trägen Pupillen reagierten wieder. Es trat eine vorübergehende Besserung ein. Einen bleibenden positiven Erfolg nach der Lumbalpunktion hat Verf. indess bei der Meningealtuberculose nicht gesehen. Ausschlaggebend für die Diagnose ist der Nachweis der Drucksteigerung, die Vermehrung der Flüssigkeit und der stärkere Eiweissgehalt der Punctionsflüssigkeit.

Bei Hirntumoren mit gleichzeitigen Hydrocephalus konnte ein günstiger Einfluss auf die vorliegenden Symptome nicht wahrgenommen werden. Aber auch ein plötzlicher Tod nach der Lumbalpunktion wurde nicht beobachtet. Immerhin warnt Verf. von der Punction bei Hirntumoren. Bei Hydrocephalus mit Spina bifida congenita konnte das beständige Aussickern der Cerebrospinalflüssigkeit aus der Punctionsöffnung nicht verhindert werden. Bei stark entwickelter Spina bifida scheint die Unterlassung der Punction ratsam.

Einen entschieden günstigen Erfolg konnte Verf. durch die Lumbalpunktion bei der eitrigen Cerebrospinalmeningitis beobachten. Von 6 Patienten blieben 4 am Leben. Zwei wurden völlig wiederhergestellt, ein dritter verliess abgesehen von vollkommener Taubheit die Klinik gesund. Der vierte, ein schwächliches rhachitisches Kind überstand die Meningitis und entwickelte sich körperlich kräftig, blieb aber geistig zurück und konnte trotz des Alters von 5 Jahren noch nicht selbständig stehen und gehen.

Ein nennenswerter Einfluss auf die Stauungspupille wurde durch die Lumbalpunktion nicht erzielt.

v. Boltens Stern-Bremen.

Deux cas de chirurgie pulmonaire chez l'enfant. Von Jablocow. (Bur. des Ann. de Méd. et Chir. infant.)

Vf. geht zuerst sämtliche Affektionen der Lunge durch, welche einen chirurgischen Eingriff veranlassen können, nämlich Fremdkörper in den Lungen, Lungentuberkulose, Erweiterung der Bronchien, Lungenabcess, Lungengangrän und Lungenechinococcus und erörterte dann die Gründe, welche das Misslingen der meisten chirurgischen Operationen bisher verursacht haben. Diese Gründe liegen weniger in der Schwierigkeit der Operationen und der Nachbehandlung als vielmehr in der Schwierigkeit einer lokalen Diagnose des Krankheitsherdes. Vf. hofft, dass diese Schwierigkeiten sich beseitigen lassen werden mit Hilfe der Röntgenstrahlen. Er beschreibt sodann

zwei von ihm an der Lunge von Kindern ausgeführte chirurgische Eingriffe. In dem ersten Falle handelt es sich um einen Knaben, bei dem die physikalische Untersuchung Vorhandensein eines Lungenabscesses ergab. Der Abscess wurde daher eröffnet und der Knabe erholte sich vorübergehend. Als sich aber nach kurzer Zeit sein Befinden wieder verschlechterte, wurde die Operation wiederholt. Vf. fand in der Umgebung des ersten Abscesses drei kleine Abscesse, die er eröffnete und entleerte; aber auch diesmal war die Operation nicht radikal genug, sodass sich nach vorübergehender Besserung das Befinden des Patienten wieder verschlechterte und der Patient starb. Die Sektion ergab, dass die ganze rechte Lunge von gangränösen Heerden durchsetzt war. Im zweiten Falle handelte es sich um ein zehnjähriges Mädchen, das im Anschlusse an eine Influenzapneumonie an Lungenabscess erkrankt war. Hier führte die Eröffnung des Abscesses zu einer raschen und dauernden Heilung.

Dr. Schmey-Beuthen O.-S.

Gesundheitspflege.

Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern. Vortrag, gehalten auf der 72. deutschen Naturforscher- und Aerzte-Versammlung in Aachen 1900. Von Dr. Schmid-Monnard.

S.-M. hat die 126 Kinder der Halle'schen Hilfsschule für Schwachbefähigte untersucht, mit Unterstützung der Lehrerschaft, der Armenverwaltung und eines Nerven-, eines Ohren- und eines Augenspezialisten. Schwachbefähigte Schul Kinder sind solche, welche zwar unterrichtsfähig sind, aber nicht beanlagt zur erfolgreicher Mitarbeit mit normal beanlagten Kindern. Sie waren in Deutschland 1898 in über 7000 sogenannten Hilfsklassen untergebracht mit einem geringeren Lehrziel. Die grössere Hälfte dieser Kinder wird durch diesen Sonderunterricht nach ihrer Entlassung erwerbsfähig. Das Augenmerk wurde gerichtet auf die Ursachen der geringeren Befähigung in der Hoffnung, einen Weg zu finden, wie die geistigen Leistungen dieser Kinder zu heben sind. Es fand sich, dass alle nicht nur geistig, sondern auch körperlich minderwertig sind und in denkbar ungünstigsten äusseren Verhältnissen leben. Sie stehen den normalen Altersgenossen an Länge und Gewicht im Durchschnitt um $1-1\frac{1}{2}$ Jahre zurück, in einzelnen Fällen sogar um $4-5$ Jahre. Geistig stehen sie auf der Stufe eines $2-4$ jährigen Kindes und nur bei $\frac{1}{8}$ der schwachbegabten Schüler findet man leidliche Leistungen. Für die mangelhafte körperliche Entwicklung sind die traurigen häuslichen Verhältnisse (Armut, hohe Kinderzahl, Kränklichkeit der Eltern) verantwortlich zu machen. 40% der Eltern waren moralisch zu beanstanden und es ist charakteristisch, dass aus Trinkerfamilien fast nur schlechte Schüler hervorgehen, während der grösste Prozentsatz wenigstens mittelmässiger Schüler ordentlichen Familien entstammt. Das Gehörvermögen war nur in $\frac{1}{10}$ aller Fälle normal, etwa $\frac{1}{4}$ ver-

stand Flüstersprache nur unter 4 m Entfernung. Wichtig ist die un-
gemeine Häufigkeit der Nasenrachenwucherungen, die meist in recht
ansehnlichem Umfang bei $\frac{4}{5}$ aller Kinder nachzuweisen waren. Er-
fahrungsgemäss wird durch deren Vorkommen die Fähigkeit aufzu-
merken, und damit die geistige Leistung herabgesetzt. Einem solchen
Material gegenüber müssen die Aerzte, die Schule und die Gesell-
schaft Stellung nehmen. S.-M. schlägt vor, bei solchen Kindern die
Nasenrachenwucherungen operativ zu entfernen, um die geistige
Leistungsfähigkeit zu heben. Natürlich hat dies nur Aussicht auf
Erfolg bei Kindern, deren Nervensystem nicht durch Abstammung
von sittlich entarteten Eltern bereits unheilbar krankhaft verändert
sind, ist, also bei den Kindern ordentlicher Familien. Der Anfang
mit diesen Operationen ist bereits in Halle gemacht worden. Zum
anderen dürfen die Kinder nicht wie bisher, erst nach zweijährigen
Sitzenbleiben in die Hilfsschule verwiesen werden, sondern spätestens
 $\frac{1}{4}$ Jahr nach Schulbeginn. Schliesslich sind mit Hilfe eines Nerven-
arztes die immer noch darunter vorkommenden völlig blödsinnigen
Kinder aus dem Kreise der Schwachbefähigten zu entfernen. S.-M.
schliesst mit den Worten: „Man sieht, welch' ein krankhaft geborenes
und krankhaft gewordenes Kindermaterial in unseren Hilfsschulen
existiert, dessen geistige Leistungsfähigkeit zum Teil noch zu ver-
bessern ist, und wie notwendig hier eine ärztliche Untersuchung und
Beratung, wie notwendig hier die Anstellung eines Schularztes ist.“
(Autoreferat).

Rezensionen.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Von Prof. Dr. C. Gerhardt,
neu bearbeitet von Prof. Dr. O. Seifert. II. Bd., 5. Aufl. Tübingen,
H. Laupp'sche Buchhandlung, 1899. Preis 10 Mk.

Der 2. Band des von Prof. Seifert neu bearbeiteten Gerhardt'schen
Lehrbuches der Kinderkrankheiten behandelt die Krankheiten der
Atmungs-, Verdauungs-, Harn- und Geschlechtsorgane, diejenigen
des Nervensystems, der Bewegungsorgane und die Hautkrankheiten.
Wir können hier nur auf das unbedingte Lob verweisen, das wir
dem 1. Band des Werkes im Jahrgang 1898 dieser Zeitschrift ge-
spendet haben. Dasselbe gilt auch für den 2. Teil. Insbesondere ist
das für das Kindesalter so wichtige Kapitel der Verdauungskran-
kheiten in einer geradezu musterhaften Weise abgehandelt. — Das
Werk ist eines der besten Lehrbücher über Kinder-Krankheiten, die
wir in Deutschland besitzen. S.

Die laryngo- und rhinologischen Untersuchungsmethoden.
Von Gustav Abeles, Assistent des Kaiser Franz Joseph (früher
Mariahilfer) Ambulatoriums in Wien. Mit 25 Abbildungen im
Texte. Leipzig, C. G. Naumann, 1900. Preis 1,50 Mk. Nr. 139
bis 141 der medizinischen Bibliothek für praktische Aerzte.

Verf. bespricht in diesem, seinem Lehrer Dr. Moritz Weil

in Wien gewidmeten, 150 Seiten starken Büchlein eingehend und doch in knapper, angemessener Form im ersten Abschnitte die äusseren Untersuchungsmethoden und die Untersuchung des Rachens. Der 2. Abschnitt handelt von der Untersuchung des Kehlkopfes, der 3. von der Untersuchung der Nasenhöhle resp. ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes.

In klarer, anziehender Sprache geschrieben, lesen sich die einzelnen Abschnitte flott und bieten besonders Anziehendes und Lehrreiches an den Stellen, wo auf die Fehler und Versehen aufmerksam gemacht wird und das geschieht in reichstem Maasse. Neues kann selbstverständlich nicht gebracht werden, doch ist lobend anzuerkennen, dass Verf. die neuesten Erfindungen und Erfahrungen bereits ausgiebig berücksichtigt hat.

Auf Seite 18—25, wo von den verschiedenen Zungenspateln und ihrer umständlichen Desinfektion und den oft von den Patienten bereiteten Schwierigkeiten gesprochen wird, vermisse ich den ebenso einfachen wie billigen und sauberen Holzspatel (100 Stück 60 Pf. bei Wiskemann & Co., Cassel), der nach Gebrauch vernichtet wird und mit dem man in fast allen Lagen auskommt. Die Kunst und nicht die Instrumente machen den Arzt.

Die Seite 41 erwähnte Wasserlinie = Schusterkugel dürfte doch wohl, wengleich Störck sie noch heute benutzt, in die Rumpelkammer gehören.

Als Stirnbinde benutze ich das von der mediz.-polytechn. Union in Berlin in den Handel gebrachte Spiralband. Den demselben anhaftenden Fehlern, dass sich öfters Haare darin festklemmen und beim Abnehmen ausgerissen werden, habe ich dadurch beseitigt, dass ich das ganze Band mit Seidenstoff überzogen habe. Seitdem bin ich sehr zufrieden! Verf. scheint das Spiralband noch nicht zu kennen.

Ebenso scheint ihm die Thatsache unbekannt geblieben zu sein, dass die mit galvanoplastischem Kupferbelag hergestellten Kehlkopf- und Rachenspiegel sich tadellos in Sodalösung sterilisieren lassen (Zarniko, die Krankheiten der Nase N. 1894, Monatsschrift f. Ohrenheilkunde N. 1897, No. 10, pag. 435, No. 12, pag. 556) wie auch die verschiedenen „aseptischen Spiegel“ von Kilian, Hopmann u. a. nicht erwähnt werden.

Dr. Schwidop-Karlsruhe.

Taschenbuch der Krankenpflege für Aerzte, Pflegerinnen, Pfleger und für die Familie. Herausgegeben von Dr. L. Pfeiffer. 3. Aufl. gr. 8^o VIII u. 413 S. Weimar, H. Böhlau's Nachf., 1900. Preis 5 Mk.

Die Ziele, welche sich die vorliegende 3. Auflage des Taschenbuchs stellt, sind wesentlich höhere, als die bisher üblichen. Dies wird im Vorwort noch dahin präcisirt, „dass das Buch in erster Linie ein Lehr- und Nachschlagebuch für Pfleger und Pflegerinnen sein soll; es will indess auch jedem Laien ein Freund und Ratgeber sein. Weiter kann der junge Arzt über manche Frage und manche Pflege sich schnell orientieren (Pocken, Cholera, Diät, Lungenheilstätten usw.). Das Taschenbuch spart endlich, in die Familie einge-

führt, dem Arzte viel Zeit und Mühe, wenn es so nach Angabe der einschlägigen Kapitel zur Orientierung über das Wesen der Krankheit und die specielle Pflege bei dieser empfohlen und benutzt wird“. Dass der reichhaltige Inhalt des Taschenbuches Vortreffliches bieten würde, das wird schon dadurch gewährleistet, dass jeder einzelne Abschnitt von hervorragenden Fachleuten auf den einzelnen Gebieten bearbeitet wurde, von dem ich nur einige nennen will; Gärtner, Nothnagel, Mendelsohn, Schäfer, Stintzing, Wagenmann, Pfeiffer u. a. — und Lektüre und Studium des Buches bestätigen diese Voraussetzung voll und ganz. Immerhin glaubt Ref., dass das Ziel etwas weit gesteckt sei, denn einerseits ist doch für den vorgebildeten Arzt bei der gebotenen Kürze der einzelnen Abteilungen recht wenig daraus zu entnehmen und andererseits ist nach Ansicht des Ref. für den Laien, für die Familie oft reichlich viel geboten, was dann, wenn es — und das dürfte allzuleicht und zu oft eintreten — von den einzelnen ohne weitere Anleitung, Auslegung und Uebung nicht genügend oder gar falsch verstanden wird, leicht zu ähnlichen Misständen führen kann, wie sie die Benutzung so mancher der vorhandenen sog. populär-medicinischen Schriften im Gefolge hat. Ganz vorzüglich dagegen erscheint dem Ref. die Benutzung des Buches gerade für das berufsmässige Krankenpflegepersonal geeignet zu sein, das in Folge seiner theoretischen und praktischen Vor- und Ausbildung genügendes Verständnis entgegenbringt und daher jederzeit und überall bei der Lektüre, beim Studium und beim Nachschlagen gründliche Anregung und Belehrung findet. Wenn die einzelnen Kapitel und Abschnitte, wie gesagt, als durchaus mustergültig zu betrachten sind, so ist doch eine gewisse Ungleichmässigkeit in der Bearbeitung der einzelnen Teile nicht zu verkennen, was wohl der Hauptsache nach dadurch erklärt wird, dass die Arbeit unter zahlreiche Autoren verteilt ward; ich erwähne hier z. B. die wohl übertriebene Breite der Schilderung der Sophienheilstätte bei Berka a. d. J. und ihre bis ins Detail dargestellten Einrichtungen und Betrieb; dem gegenüber z. B. die Kürze der Kap. V. XIV. und XV. u. a. Sehr praktisch muss Jedem die Einreihung der Abbildungen in den Text erscheinen, die das Verständnis erleichtern und das Gelesene und Geschilderte dem Gedächtnisse zuverlässiger einverleiben. Den Collegen kann so das Taschenbuch in seiner neuen Auflage zur zweckentsprechenden Verwertung und insbesondere als Grundlage für den Unterricht des Pflegepersonals und diesen zum Selbststudium als Hand- und Nachschlagebuch in jeder Weise als vorzüglich empfohlen werden. Die äussere Ausstattung des Taschenbuchs, dessen Wert noch durch ein angefügtes, ausführliches alphabetisches Register erhöht wird, ist eine praktische und sehr gute. Wulff-Oldenburg.

La médication ergotée, Etude experimental et clinique par le docteur Samuel Bernheim. gr. 8^o XI und 196 Seiten. Paris, A. Maloine éditeur, 1900.

Der wirksame Arzneistoff des Mutterkorns ist Ergotin 1848 von Bonjean entdeckt. Trotz der allgemein anerkannten Wirkung als Stypticum und Wehen erregendes Mittel wurde es 1885 von der französischen

Schule unter Tarnier und Pajot angegriffen und als unnütz oder gar gefährlich verworfen. B. unternimmt es in vorliegender Schrift, dieses wertvolle Mittel des Arzneischatzes zu rehabilitiren, indem er die angeführten Misserfolge und schädlichen Wirkungen auf unzeitige Verordnung und Benutzung von Pseudoergotin, da sich zahlreiche Industrielle der Herstellung des Medicamentes bemächtigten und falsche Präparate in den Handel brachten, zurückführt. — Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Gewinnung bringt er die chemische Zusammensetzung des Ergotins, dann seine und seiner Mischungen physiologische Wirkung und schliesst daran die therapeutische Nutzenanwendung des Ergotins und seiner Präparate bei Geburten, Fibromyomen, Muskellähmung, Herzleiden, Aneurysma, Milzhypertrophie, Kropf, Typhus, Dermatosen, Schweiss der Phthisiker, Neurosen und Sekretionsanomalien. Dann folgt ein Capitel über das pharmakologisch wichtige, ferner über Ergotinismus, Mutterkornvergiftungen und die Behandlung akuter Intoxikationen. Die Bedeutung des Ergotins und sein chemischer Nachweis in der gerichtlichen Medicin bilden den Schluss. Als Gegenmittel bei acuter Vergiftung empfiehlt B. ausser Tannin noch Jodnatrium, Eisenoxydhydrat, Chlor- und Königswasser sowie gründliche Ausspülung des Magens, in subacuten Fällen Stimulantien wie Kaffee und Aether, Diuretica, Chloroform, Amylnitrit und Opium. — Die Schreibweise ist klar, der Stoff übersichtlich geordnet. Ref. kann Jedem, der sich genauer mit dem Ergotin bekannt machen will, die Lektüre empfehlen.

Schilling-Leipzig.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ueber den zweifelhaften Wert des Antitussins als Mittel gegen den Keuchhusten. Von P. Krause.

Antitussin ist Difluorphenyl, eine Salbe, mit der Hals, Brust und Rücken nach vorausgegangener Seifenwaschung eingerieben werden soll. Aus des Verf. Tabellen geht hervor, dass das Antitussin vor diätetischer Behandlung und vor anderen, bisher gebräuchlichen Mitteln (Bromoform, Chinin etc.) keine Vorteile bietet, dagegen traten nach den Einreibungen unter 17 Fällen 8 mal hartnäckige Geschwüre auf, die K. als Fluorvergiftungen erklärt. Schleimlösende und krampfmildernde Wirkung oder deutliche Herabsetzung der Zahl der Anfälle konnte K. nicht bemerken. Trotz genauester Untersuchung liess sich nie Fluor im Urin nachweisen.

(Deutsche mediz. Wochenschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Ueber chirurgische Behandlung von Bronchialerweiterungen und Höhlen. Von Herrmann.

Bei einem 14jährigen erfolglos behandelten Knaben mit Bronchiektasie operierte Rydygier dieselbe, indem er ein 10 cm langes Stück der neunten Rippe excidierte, einen Einstich in die Lunge bis zur Höhle ausführte und übelriechendes, eitriges Sputum entfernte. Am

7. Tage nach der Operation schwand der üble Geruch des Sputums und die Sekretion wurde weniger reichlich. Obwohl der Erfolg nicht vollständig war, waren doch die Beschwerden bedeutend geringer geworden. Beachtung verdient ein beigeschlossenes Röntgramm, welches zeigt, dass die Anschwellung der Endphalangen bei Bronchiektatikern nicht vom Knochen, sondern von der Anschwellung der Weichteile herrührt.

(Przegląd lekarski 1900).

Goldbaum-Wien.

— On heredity in disease. Von D. J. Hamilton.

Den interessanten Vortrag in der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Edinburg, welchem eine ausgiebige Diskussion folgte, schliesst Verf. mit folgenden Thesen: Es ist durchaus unbewiesen, dass krankhafte Verhältnisse des Körpers, welche durch äussere Vermittelung im weitesten Sinne des Wortes erzeugt werden, erblich durch Zeugung übertragen werden können, dass die verschiedenen erblichen Anlagen der Prädispositionen zu Krankheiten erblichen Charakters ihren Ursprung in Veränderungen des Keimplasmas haben, dass diese Prädispositionen zu Krankheiten weit in die Geschichte des Menschengeschlechts rückwärts sich erstrecken und nur gelegentlich nach den Gesetzen des Atavismus zur Geltung gelangen, dass äussere Umstände nur das Mittel darstellen, sie ans Licht treten zu lassen. Wenn überhaupt, kann man nur geringes Vertrauen haben, je Klarheit über den Einfluss der mütterlichen Eindrücke zu gewinnen. Zu Unrecht glaubt man, es herrsche Telegenie im Falle erblicher Krankheitsprädisposition, wie es in Bezug auf andere Charakteristica als bewiesen gilt. (The Scot. med. and surg. journ. 1900.)

v. Boltenstern-Bremen.

— Ueber das Verschicken keuchhustenkranker Kinder. Von J. Schwarz.

In diesem auf dem 2. österreichischen Balneologen-Kongress gehaltenen Vortrage spricht sich S. scharf gegen das Verschicken keuchhustenkranker Kinder aus. Diese sollen behandelt werden wie andere Infektionskranke, man soll sie zu Hause halten und streng isolieren. Diese Forderung scheint gerechtfertigt aus folgenden Erwägungen: 1) Die Prophylaxe erfordert, dass Infektionskranke nicht von einer Gemeinde in eine andere transportiert werden, und es muss dies auch für den Keuchhusten gelten. Ansteckung ist schon während der Eisenbahnfahrt, besonders dann aber im Kurort selbst leicht möglich. 2) Der therapeutische Nutzen der Luftveränderung ist nach den Erfahrungen vieler Autoren und auch des Votr. sehr gering. 3) Massgebend muss auch sein die Gefahr für die Kurorte selbst, denen durch den Ausbruch des Keuchhustens grosser Schaden entstehen würde.

(Wiener med. Wochenschr. 1900, Nr. 27). M. Moltrecht-Halle.

— Haematurie und Gelatine. Von Schwabe.

Verf. würdigt die blutcoagulierenden Eigenschaften der Gelatine und giebt die Krankengeschichte eines schweren Falles von Nieren-

blutungen wieder. Er verlief in Folge der Gelatineinjektionen überaus günstig. Aus dem einzigen Falle lässt sich natürlich die Unfehlbarkeit der Gelatinebehandlung nicht herleiten. Immerhin regt er zur Nachprüfung an und zeigt, dass pathologische Zustände der Nieren eine Contraindication gegen die subcutanen Gelatineeinverleibungen nicht bilden, vielmehr durch diese Therapie auf das günstigste beeinflusst werden können.

(Ther. Monatsh. 1900.) v. Boltenstern-Bremen.

— Kopfform bei Hydrocephalus. Von F. Reynault.

Die häufigste Kopfform bei Hydrocephalus ist die brachycephale, namentlich bei jungen Individuen. Durch die Lagerung und verschiedenste Wirkung des Schädelinhaltes auf die innere Wandung der Kopfhülle und, je nachdem die eine oder andere Naht schon geschlossen ist, können verschiedene Abarten entstehen: Vorspringen der Tubera, asymmetrische Formen, Acrocephalie, Scaphecephalie etc. Verf. hat diese verschiedenen Arten an Exemplaren pathologischer Sammlungen studiert. (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1900.)

Behrens-Karlsruhe.

Kleine Mitteilungen.

Extractum Chinae Nanning als Stomachicum wird von Dr. Goliner warm empfohlen. Bei Verdauungsschwäche, akuter und chronischer Dyspepsie hat sich das Präparat sehr gut bewährt. Nicht minder deutlich war der Erfolg bei den Nachwirkungen der Influenza sowie bei gewissen Formen von Neurasthenie. Der bittere Geschmack des Mittels lässt sich leicht durch Darreichung in Portwein, Ungarwein, Syr. cort. Aur. oder auch in Milch mindern. Dr. Robert, der mit diesem Chinaextract ebenso günstige Erfahrungen gemacht hat, hat ihn auch bei kleinen Kindern (2—4 Jahre) mit gutem Erfolg angewandt und sich dabei folgender Formel bedient:

Extr. Chinae Nanning	3,0—5,0
Aquae dest.	80,0
Syr. cort. aur. ad	100,0

MDS. Dreimal tägl. $\frac{1}{2}$ —1 Theelöffel.

Die Actien-Ges. für Anilin-Fabrikation in Berlin SO. lässt ihre roten und grauen Quecksilber-Resorbinsalben (Ungt. Hydrargr. rubr. c. Resorb. parat. und Ungt. Hydrargr. cin. c. Resorb. parat.) — welch' letztere namentlich sich zur Einreibungskur bei hereditär-syphilitischen Kindern gut eignet — in graduierte Glastuben einfüllen. Die Salbe wird aus denselben spritzenähnlich herausgedrückt und schiebt ein Stempel dabei den Inhalt nach der angebrachten Scala heraus. Auf diese Weise gelingt es, die Salbe bei ihrem Gebrauche genau zu dosieren, während der zurückbleibende Rest vor jeder Verunreinigung geschützt ist. Das Verfahren ist ein durchaus praktisches. Der Preis einer Tube (ohne Salbe) beträgt 80 Pfennige.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte
herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., eins. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg.

Dezember 1900.

Heft 12.

Inhalt: Originalien: Selter, Bericht über die Verhandlungen der Sektionen für Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen 1900 (Schluss); Heubner, Rückenmarkstumoren; v. Ranke, Behandlung des nomatösen Brandes; Ungar, chronische Peritonitis; Camerer jun., chemische Analysen von Säuglingen; Rey, Contraindikation der Phimosenoperation; Selter, Fleischzerkleinerungsapparat; His, Robert, Eichengrün und Kaiser, Ertelung von Gutachten über neuerfundene Arzneimittel; Biedert, Versuchsanstalt für Ernährung; A. Schmidt, neuer Sauger; Backhaus, Forschung über Milchgewinnung; Oppenheimer, Beitrag zur künstlichen Säuglingsernährung; Conrads, Unfähigkeit der Mütter zum Stillen; Siegert, infantile myxödematöse Idiotie; Seiffert, Serum-Exanthem, 265. — Protocoll der Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte: Rey, Die Kinderheilkunde als Spezialität; Selter, Perityphlitis im Kindesalter, 272. — Referate: Cerf, Varicellen, 275. — Terrien, Tuberkulöse Peritonitis, 277. — Freund, Hereditär-luetische Säuglinge, 278. — Luciani, Conjunctivitis blennorrhoea, 279. — Neumann, Dilatative Herzschwäche, 280. — Troussan, Enterocolitis, 281. — Klemperer, Ozaena, 282. — Bendix, Ernährungsphysiologie, 283. — Gesundheitspflege: Biedert, Die Werbung für die Versuchsanstalt für Ernährung, 284. — Rezensionen: Biedert, Die Kindernahrung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind 4. Aufl., 286. — Jessner, Compendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik, 286. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 287.

Bericht über die Abteilungen für Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen vom 16.—22. September 1900.

Von Dr. Selter, Kinderarzt in Solingen.

(Schluss.)

In der Sitzung vom 18. September, nachmittags 3 Uhr demonstriert Heubner (Berlin) an der Hand zahlreicher Lichtbilder einen Rückenmarkstumor. Derselbe stammte von einem 6jährigen Mädchen, das ca. 5 Wochen nach einem Falle erkrankte unter Kopfschmerz, Benommenheit, Erbrechen, dann Nackenstarre und Krämpfen, Erblindung. Als es nach ca. $\frac{1}{2}$ Jahre bettlägerig wurde, kam es in H.'s Klinik. Hier wird weiter eine Sehnervenatrophie, eine totale Lähmung sämtlicher Glieder festgestellt. Die Krämpfe beginnen mit Weinen und Schluchzen (Schmerzausdruck?) und dann tonische Kontraktur erst der Oberextremitäten, dann des übrigen Körpers. Patellarreflex fehlt. Passive Bewegung der Gelenke schmerzhaft,

nicht die Haut. H. glaubt seine Diagnose auf chronischen Hydrocephalus stellen zu müssen, trotzdem eine Reihe obiger Erscheinungen ja für Rückenmarkserkrankung sprächen. Bei der etwa $\frac{5}{4}$ Jahr nach dem Fall stattgehabten Autopsie findet sich ein geringer Hydrocephalus, vor allem aber im Rückenmarke an 6 Stellen ein Tumor, und zwar den Hinterhörnern angehörend und dabei eine komplette Degeneration der Hinterstränge. Diese erweist sich aber nicht als Sklerose, sondern als Gliose, die Tumoren als Gliome. Das ganze Bild repräsentiert sich also als eine multiple Gliomatose der Hinterhörner mit sekundärer Gliose der Hinterstränge und konsekutivem Hydrocephalus.

Diese in wissenschaftlich-theoretischer Hinsicht hochinteressanten Ausführungen und Erörterungen hier weiter auszuführen, liegt wohl nicht im Interesse dieser Zeitschrift und deren Leser.

Hierauf trat v. Ranke (München) an der Hand dreier Fälle für die chirurgische Behandlung des nomatösen Brandes ein. Nachdem er seine Resultate über die Aetiologie dieser Erkrankung geschildert, von denen er selbst nicht befriedigt ist, teilt derselbe seine Erfahrungen über die Behandlung mit Causticis mit, und wie er durch deren ungenügende Erfolge zum Messer griff, das ihm nicht nur bessere Heilungs-, sondern auch bessere kosmetische Erfolge brachte. Für den Praktiker ist dieses Bekenntnis eines über so reiche Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügenden Mannes, wie v. R., von grosser Wichtigkeit, zumal der vom Chirurgen stets verlangte operative Eingriff nicht überall anerkannt wurde. Natürlich sind ausgedehnte Entfernung der erkrankten Teile und gute Pflege Bedingungen für den Erfolg.

Ungar (Bonn): Ueber chronische Peritonitis und peritoneale Tuberkulose führt U. aus, dass die einfache, chronische idiopathische Peritonitis im Gegensatz zu der tuberkulösen eminent selten sei, wenn sie überhaupt vorkomme. Einzelne negative Ueberimpfungen könnten nicht als Gegenbeweis dienen, ebensowenig ein vereinzelt negatives pathologisch-anatomisches Resultat. Ueberhaupt könne der Patholog nicht unbedingt massgebend sein, da ein grosser Teil tuberkulöser Peritonitis abheile. — Die Diagnose sei schwierig, oft nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Der Verlauf ist schleichend, geringe Allgemeinerscheinungen, wie Anämie, Abmagerung, Appetitlosigkeit, unregelmässige Stühle und unregelmässiges Fieber sind die nicht konstanten allgemeinen Anzeichen. Lokal findet sich der Leibesumfang nicht immer nachweisbar vergrössert, die Hautvenen erweitert. Auch sind selbst in Narkose Unebenheiten nicht stets zu palpieren. Das Exsudat, dessen Grösse wechselt, ist nachweisbar, wenn auch unter Schwierigkeiten, oft und nach längerer Lagerung auf die Seite, Knieellenbogenlage, Stehen.

Die Prognose bezeichnet U. als günstiger, als bisher angenommen. Therapeutisch komme Diät, Ruhe, Luftkur, Schmierseifen-einreibung, Syr. ferri jodati in Betracht und nur in hierbei nicht heilenden Fällen die Laparotomie, deren Erfolge nicht schlecht. — In der Diskussion wandte sich namentlich Siegert gegen die Auffassung, dass die einfache seröse Peritonitis nicht vorkomme und verweist auf

die in der Litteratur veröffentlichten Fälle ohne Tuberkelbacillen. Wenn es eine chronische seröse nicht tuberkulöse Pleuritis gäbe, sähe er nicht ein, warum eine gleiche Erkrankung nicht auf anderen serösen Händen statthaben sollte. Hochsinger führt hierzu die nach Influenza beobachteten Fälle an. Er warnt auch vor der chirurgischen Encheirese.

Für den Praktiker wäre aus dieser Verhandlung der Schluss zu ziehen, dass solange eine anderweitige Annahme nicht gestützt ist, die tuberkulöse Form bei Erscheinungen der Peritonitis die weitaus häufigste, dass die Diagnose im Beginn sehr schwierig, die Prognose nicht schlecht.

Camerer jun. (Stuttgart) teilte einige (4) chemische Analysen von Säuglingen mit. Er kommt auf Grund seiner mühsamen Arbeit zu dem Schlusse, dass die chemische Zusammensetzung aller Kinder (fette, wie magere) prozentualiter die gleiche sei.

Rey (Aachen) lässt sich über die für den Praktiker wichtige Frage, einer Kontraindikation der Phimosenoperation, die Cystitis mucosa der Säuglinge, aus. Zunächst weist R. auf die von Bokay festgestellte Thatsache hin, dass ein gewisser, heutzutage als krankhaft angesprochener Grad von Phimose physiologisch sei, im Laufe der Zeit (meist in 2—3 Jahren) dem bei Erwachsenen normalen Zustande Platz mache. Eine hierbei eintretende Urinretention beruhe nicht auf der Phimose, sondern meist auf einer Cystitis mucosa (charakterisiert durch Retentio urinae, Eczem der Nates und Innenseite der Oberschenkel, alkal. Harn mit Schleimsediment, Eiterkörperchen und Blasenepithelien). Diese sei wiederum eine Kontraindikation für die Operation der Vorhautverengung, der physiologischen wie pathologischen. Die Blosslegung der Glans könne, wie R. durch Beispiele belegt, eine aufsteigende Erkrankung der Harnwege zur Folge haben.

R. will demnach die Phimosenoperation auf die hochgradigen Verengungen gleich nach der Geburt beschränkt wissen, sonst erst nach dem 8. Lebensjahre, wenn dann der Zustand nicht normal sei, operieren.

(Wenn man im allgemeinen R. in der Verurteilung der jetzt so häufigen Eilfertigkeit bei der Phimosenoperation zustimmen muss, so glaube ich, dürfte R. mir zustimmen, dass auch vor dem 8. Lebensjahre die Bildung von Präputialsteinen, die nicht schwindende epitheliale Verklebung u. s. w. eine Indikation zur Operation abgeben) (Anm. des Ref.)

Selter (Solingen) demonstrierte einen Fleischzerkleinerungsapparat, der ihm bei der Ernährung schlecht kauender Kinder (2. bis 3. Lebensjahr, Zahnwechsel) gute Dienste geleistet. Derselbe ist einfach konstruiert, gut zu reinigen und zerkleinert sehr fein, sowie befreit von Sehnen etc. (Fabrikant: H. Schulder, Solingen, Preis 14 Mark).

In der am Donnerstag, den 20. Sept. Vormittags stattgehabten gemeinsamen Sitzung mit der Sektion für innere Medizin und Pharmakologie wurde über die Erteilung von ärztlichen Gutachten über neu erfundene Arzneimittel, von W. His jun. (Leipzig),

R. Kobert (Rostock), dem Chemiker A. Eichen grün (Elberfeld) und dem Landrichter Th. Kaiser (Aachen) referiert, ein Thema, das zwar kein pädiatrisches, aber für jeden Praktiker zu unseren Zeitläuften, wo eine wahre Hochfluth von Kindernährmitteln und Kinderarzneimitteln tagaus tagein angepriesen wird, von grosser Bedeutung ist, so dass ich glaube, auch in dieser Zeitschrift einiges mitteilen zu müssen.

Von His sowohl wie Kobert wurde der Unfug des Ausstellens von Attesten nach verschiedenen Richtungen gezeisselt. Ein Mittel genau zu prüfen, seien die meisten nicht im Stande; deshalb verlangt er die Aufsicht der Standesvereine und der Universitäten über ihre Mitglieder in dieser Hinsicht. (Erteilung und Veröffentlichung von Gutachten). Kobert befürwortet, nachdem er auf die Unzulänglichkeit der Pharmakopoekommission hingewiesen, die bestehenden pharmakologischen Universitätsinstitute aber, weil zu Lehrzwecken vorhanden, nicht als zur Prüfung von neuen Mitteln geeignet bezeichnet hatte, die Einrichtung eines staatlichen Arzneimittelprüfungsinstituts, und bis ein solches eingerichtet sei, ein Centalkomitee aus der Mitte der Naturforscherversammlung, damit dem praktischen Arzte die Möglichkeit gegeben werde, die brauchbaren neuen Mittel schnellstens kennen zu lernen, und nicht auf eigene Faust suchen zu müssen. Treffend wurde von beiden Referenten auch die Beteiligung ärztlicher Zeitschriften an dem Reklameunfug gekennzeichnet, weniger durch Aufnahme von Annoncen, als durch die Erlaubniserteilung zum Separat-Abdrucke von Aufsätzen, die nunmehr zur Verteilung gelangten, auch an Laien.

Der Chemiker der Elberfelder Farbenfabriken A. Eichen grün wies vor allem auf den ärztlichen Optimismus gegenüber neuen Mitteln hin, den eine grosse Anzahl minderwertiger Fabriken auszunützen verstehe namentlich zur Begutachtung sogenannter Mixta composita mit schönen Namen. Die ernsthafte Industrie prüfe ihre Mittel sorgfältig, ihre Reklame bewege sich in anständigen Grenzen. Für sie sei aber auch eine Casuistik recht wertvoll. Er verlangt deshalb Vorsicht in der Ausstellung von Attesten, die nur über vorher physiologisch geprüfte Mittel ausgestellt werden sollten, nicht aber eine Einschränkung der Gutachten.

Landrichter Kaiser endlich beleuchtete die rechtliche Seite dieser Frage. Er kommt in seinen Ausführungen dazu, dass ein Gutachten als geistiges Eigentum anzusehen sei. Gegen die Benutzung dieses sei der Gutachter geschützt:

- 1) wenn das Gutachten in Form eines Vortrages oder einer Veröffentlichung in einer Zeitschrift erscheine;
- 2) bei einem an einen Fabrikanten gerichteten Gutachten, wenn der Aussteller sich nicht ausdrücklich oder stillschweigend mit der Benutzung einverstanden erklärt habe;
- 3) bei Verstümmelung des Gutachtens.

Der Empfänger des Gutachtens oder einer Erfindung (Käufer) ist unbeschränkt, wenn nicht an den Kauf Bedingungen geknüpft sind, oder das Gutachten zum Nachteil des Erfinders ausgenützt wird.

Zum Schlusse wurden nachfolgende Thesen ohne Widerspruch angenommen:

A. Die Regelung der Beziehungen zwischen Industrie, pharmakologischen Instituten und ärztlichen Gutachten durch ein zu gründendes Centralinstitut ist wünschenswert.

B.

1) Abgabe ärztlicher Atteste und Gutachten direkt an Industrielle darf nur zu deren persönlicher Information, niemals aber mit dem Rechte der Publikation erfolgen.

2) Die Empfehlung neuer Heil- und Nährpräparate durch Aerzte in der Laienpresse ist unzulässig.

3) Bei der Begutachtung neuer Mittel ist grössere Zurückhaltung dringend zu wünschen. Die Veröffentlichung derselben ist ausschliesslich in der medizinischen Fachpresse zulässig.

4) Die Veröffentlichungen in der medizinischen Presse sind, soweit möglich, gegen Nachdruck zu Reklamezwecken zu schützen.

5) Die Forderung und Annahme von Honorar für Begutachtung neuer Mittel ist unzulässig.

6) Aerzte, deren Erfindungen industriell ausgebeutet werden, sind für die Reklame verantwortlich.

Biedert (Hagenau) teilt über die Thätigkeit des in München bestimmten Ausschusses für eine Versuchsanstalt für Ernährung mit, dass der Ausschuss in Agitation getreten sei, dass ihm zahlreiche Zustimmungen aus allen Kreisen zugegangen, dass aber auch das letzte Jahr wieder die Abweichungen in den Meinungen über die Ernährung des Menschen speziell des Kindes in zum Teil gefährlicher Weise gezeigt habe. B. legte sodann einen Entwurf für eine solche Nährmittelprüfungsanstalt vor, (im Drucke erschienen in der deutschen Praxis 1900, Nr. 17). In dieser Anstalt sollten Säuglinge, Kinder und Erwachsene, Gesunde und Kranke Aufnahme finden. Es werden in ihr geprüft die Produktion, der Vertrieb, die Zusammensetzung, der Nährwert, die Ausnutzung u. s. w. aller Nährmittel von der Muttermilch an, soweit dieselben nicht notorisch minderwertig sind. Und zwar soll die Prüfung nicht bei dem gesunden Menschen allein, sondern auch bei den verschiedenen Verdauungs- und Stoffwechselstörungen stattfinden. Die Anstalt will nicht etwa die klinischen, physiologischen und sonstigen wissenschaftlichen Institute unnötig oder entbehrlich machen, sie will deren Resultate nachprüfen, die sich immer mehr häufenden und so zur Verwirrung führenden Gegensätze ausgleichen. Es würde zu weit führen, dieser Werbung B.'s bis ins einzelne zu folgen, bei den Lesern dieser Zuschrift, den Praktikern, die täglich mit neuen Nährpräparaten überlaufen werden, denen jede Post eine neue Empfehlung dieser oder jener Nährmethode bringt, die in jeder neuen Nummer einer Fachzeitung wieder eine andere Diät empfohlen sehen, wird der Ruf. B.'s zur Unterstützung einer solchen Anstalt nicht ungehört verhallen (Prof. Biedert, Hagenau i. E., Dr. Meinert, Dresden, Sidonienstr. 28 sind zu jeder Mitteilung bereit), wenn ja auch wie in der Diskussion zu B.'s Vortrag geäußert wurde, in einzelnen Kleinigkeiten der Entwurf einer Abänderung bedürfe.

(Ausführlicheres über dieses für die Kinderheilkunde so wichtige Project ist aus dem in heutiger Nummer abgedruckten Autoreferat unter „Gesundheitspflege“ zu ersehen. Red.)

In der **Schlussitzung** am 20. September Nachmittags demonstrierte A. Schmidt (Bonn) einen Sauger. Er teilt mit, dass ja anerkanntermassen die gewöhnlichen Sauger nur eine geringe Saugthätigkeit des Kindes verlangen, gewöhnlich nur Kieferdruck. Er konstruierte deshalb einen Sauger, der vorne einen Schlitz und an der Seite eine Oeffnung habe, die durch eine Schraube mehr oder weniger geöffnet werden könne und so den Luftzutritt, also die Saugthätigkeit reguliere. Der Sauger soll 2 Monate halten.

Wie Referent dem Vortragenden in der Diskussion bereits entgegnete, ist der Sauger zu kompliziert, also schwer zu reinigen. Die Lochgrösse im Stopfen reguliere genügend; ausserdem sei die Mutter zum Halten der Flasche verpflichtet, wo sie Brust nicht reichen könne.

Backhaus (Königsberg) teilt aus seinen Forschungen über Milchgewinnung zwei interessante Beiträge mit:

1) Bezüglich des Bakteriengehaltes der Milch kommt derselbe zu folgenden Schlüssen: In den Milchgängen der Kühe finden sich Bakterien, und zwar gewöhnlich 4 Arten, die wohlbekannt sind; alle übrigen in der Milch sich findenden Bakterien, namentlich die Sporentragenden, sind Verunreinigungen und lassen sich vermeiden durch sorgsame Pflege und Haltung des Vieh's, sowie vor allem durch die Sorgfalt und Einschränkung der nachher mit der Milch vorgenommenen Manipulationen (Eimer, Seihen, Transportgefässe etc.).

B. legt eine Tabelle über die Einwirkung der verschiedensten bei der Milchgewinnung in Betracht kommenden Dinge auf den Bakteriengehalt der Milch vor; z. B. steigert das Passieren von 6 Gefässen den Bakteriengehalt um das 15fache. Das Putzen der Kuh verringert denselben um das 8fache, u. s. w. Kurzum, alles, die Streu, die Stallluft oder frische Luft, die Futterarten, Wasser, Melkgeschirre, Transport etc., ist von Einfluss auf den Bakteriengehalt. Wie gross dieser ist, zeigt die Schlusszahl der B.'schen Tabelle, wonach die unter besonderen Vorsichtsmassregeln gewonnene Milch des Königsberger landwirtschaftlichen Instituts 25000 Keime pro ccm enthielt, die Königsberger Marktmilch dagegen 2000000, also das 80fache.

2) Bezüglich der chemischen Verschiedenheiten der Kuhmilch bemerkt Redner, dass die Fütterung der Tiere nicht den Einfluss habe, wie ihr vielfach zugeschrieben werde. Grünfutter hält derselbe unter Vermeidung der Giftpflanzen, auf die Sonnenberger aufmerksam gemacht hat, für vorteilhaft. Der Uebergang sogenannter Gewürze (Kümmel) oder aromatischer Stoffe (Alpenheu, Rüben) ist chemisch nicht nachgewiesen. Diese verraten sich erst einige Zeit nach dem Stehen der Milch durch Geschmack und Geruch. B. hält sie für durch Fermentation entstanden.

Diese fesselnden und wichtigen Ausführungen B.'s beweisen wieder einmal die Wichtigkeit der, wie Biedert sagt, sterilen Milchgewinnung und st. Vertriebes, sie sprechen aber auch gegen die auf komplizierte Weise, womöglich fabrikmässig hergestellten Kindermilchsorten, auch Backhausmilch, und weisen auf eine möglichst einfache und schnelle Zubereitung der Milch im Hause hin.

C. Oppenheimer (München) berichtet in seinem Beitrag zur

künstlichen Säuglingsernährung über seine Erfolge in der Ernährung mit unverdünnter pasteurisierter Kuhmilch. Er erachtet die Kuhmilch an Kalorienwert gleich der Frauenmilch. Auf Grund von etwa 50 Beobachtungen über Monate hin, und Vergleich mit den Camerer-Biedert'schen Gewichtstabellen kommt er zu dem Schluss, dass seine mit Vollmilch gefütterten Kinder besser gedeihen. Allerdings bleibe die Milch länger im Magen, weshalb grössere Pausen (3 Stunden) nötig seien. Auch die Nahrungsmengen sollen klein sein. Jedenfalls glaubt O. den Beweiss erbracht zu haben, dass die Ernährung mit Vollmilch möglich, wenn nicht besser sei.

O.'s Mitteilungen blieben in der Diskussion nicht ohne Widerspruch und dürfte eine allgemeine erfolgreiche Anwendung in der Praxis grosse Schwierigkeiten haben, zumal wegen der kleinen Nahrungsmengen.

Ueber unsere Aufgaben angesichts der weit verbreiteten Unfähigkeit der Mütter ihre Kinder zu stillen, verbreitete sich Conrads (Essen) in folg. Weise: Nachdem er zunächst die Reklame vieler Nahrungsmittelfabrikanten gezeisselt, aber auch die Bemühungen uneigenütziger Chemiker, eine künstliche Muttermilch oder ein gleichwertiges Präparat herzustellen, als aussichtslos hingestellt hatte, eben weil die Muttermilch kein chemisches, sondern ein biologisches Produkt sei, geht er auf die Mittel ein, die die Unfähigkeit zum Stillen zu bekämpfen im Stande sind.

Dieser Kampf beginne schon in früher Jugend. Der Beginn der Schulpflicht solle hinausgeschoben werden. Prüfung auf Schultauglichkeit, Turnunterricht, Ferienspiele, Ferienkolonien sollten die weibliche Jugend kräftigen. Für Kräftigung von Ladenmädchen und Fabrikarbeiterinnen müsse gesorgt werden. Gesundheitsschädliche Kleidung, namentlich das brustfeindliche Korsett werde beseitigt. Belehrung über die Wichtigkeit der Brustnahrung müsse in Schulen, Standesämtern, Kirchen, durch Hebammen, Aerzte u. s. w. erfolgen. Prämien auf Selbststillen der Kinder sollten ausgesetzt werden. Und während der Gravidität Vorbereitung der Mammae durch Waschungen und Warzenringe etc.

Noch sei es Zeit, der zunehmenden Degeneration des Volkes entgegenzuarbeiten. Erst wenn das Nähren durch die Mutter wirklich unmöglich, werde künstliche Nahrung gereicht, dann aber gute, reine Kuhmilch, kein gekünsteltes Präparat.

Die Leser dieser Zeitschrift, die ja alle im praktischen Leben stehen, werden diesem Weckruf voll zustimmen und vielleicht zu neuem Mahnen und neuer Thätigkeit auf diesem Gebiete wieder einmal ermuntert werden.

Siegert (Strassburg) will die Aufmerksamkeit auf die infantile myxödematöse Idiotie lenken, zumal diese, wenn richtig erkannt, der Therapie zugänglich ist. Die infantile Myxidiotie kann angeboren und erworben sein. Sie charakterisiert sich durch Fehlen der Schilddrüse und damit verbunden ein Aufhören der körperlichen und geistigen Entwicklung (Zwergwuchs), und zwar bleibt das Kind auf dem Standpunkt, auf dem die Erkrankung einsetzte; die geistigen Fähigkeiten gehen noch zurück. Es würde sich dann finden je nach

dem Alter in dem die Erkrankung eintrat: Offenbleiben der Fontanelle, Ausbleiben der ersten oder zweiten Zahnung, Stehenbleiben der Körpergrösse, des Wachstums der Knochen, Muskeln etc., Ballonbauch, Nabelhernie. Nicht zu verwechseln ist das Aufhören des Knochenwachstums mit dem rachitischen Zwergwuchs. Bei diesem ist eine Knorpelhyperplasie mit verfrühter Verknöcherung der Epiphysen die Ursache, während bei der vorliegenden Erkrankung ein Aufhören des Knorpelwachstums, eine Chondrodystrophie, ist vorhanden. Die Therapie ist anhaltende Schilddrüsenfütterung mit der S. schöne Resultate erzielte, wie vorgelegte Photogramme belegten. Es ist an der Zeit, schloss S. seine interessanten Ausführungen, unsere Idiotenhäuser auf ihren Bestand zu revidieren, vielleicht ist hier mancher, dem körperliche und geistige Entwicklung doch noch blühen. Wir können dem nur zustimmen mit der Ergänzung, dass jeder von uns sein Klientel in gleicher Hinsicht nachprüfe.

Seiffert (Leipzig) zeigt eine Anzahl Photographien mikroskopischer Präparate, sogenannte Serumexantheme. Darnach sind dieselben durch Thrombosierung von Capillaren entstanden. In diesen Thromben und auch der Umgebung des Gefässes finden sich Blutkörperchen mit kleinen, plasmodienartigen Gebilden im Inneren, auch finden sich solche in der Umgebung des Gefässes, und auch im Blutpräparate an Serumexanthem erkrankter Kinder. Nun kennen die Tierärzte beim Pferde eine ähnlich dem Serumexanthem verlaufende Krankheit, das Petechialfieber, dessen Ursache allerdings nicht bekannt. S. vermutet einen Zusammenhang des Exanthems mit dieser Pferdekrankheit vermittelt des injicierten Serums.

Nach diesem mit deutlichen Bildern belegten in anregender Weise zu weiteren Beiträgen bezüglich dieser Frage auffordernden Vortrage schloss Feer (Basel) die diesjährige Tagung mit dem Wunsche zu reger Arbeit und frohem Wiedersehen im nächsten Jahre in Hamburg.

Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte.

Am 1. April 1900 fand zu Düsseldorf die Gründung einer „Vereinigung Niederrheinisch-Westphälischer Kinderärzte“ statt. Zweck der Vereinigung ist gegenseitige wissenschaftliche Anregung auf dem Gebiete der Kinderheilkunde und Förderung der speziellen Interessen dieses Faches. Die Vereinigung hält vierteljährliche Versammlungen ab, welche Sonntag nachmittags in der Regel in Düsseldorf stattfinden. Den Mitgliedern ist der Beitritt zur Gesellschaft

für Kinderheilkunde dringend empfohlen, sodass die Vereinigung keinerlei Gegensatz zu dieser bilden, sondern im Gegenteil nur die Möglichkeit bieten soll, neben der häufigeren Zusammenkunft mit Fachgenossen den mehr lokalen Bedürfnissen unserer Sache Rechenschaft zu tragen. (Als Organ für die Veröffentlichungen der Protokolle der Vereinigung wurde die Zeitschrift der „Kinder-Arzt“ bestimmt. Red.) Auf der ersten Versammlung hielt Dr. J. G. Rey (Aachen) einen Vortrag über das Thema: „Warum ist die Kinderheilkunde nicht nur eine berechnete, sondern dringend notwendige Spezialität?“ Seine Ausführungen beschäftigten sich zunächst mit der im Volke fast allgemein noch vorhandenen geringeren Wertschätzung des kindlichen Lebens gegenüber dem des Erwachsenen. In Folge dessen liege dem Kinderarzte gewiss keine leichtere Arbeit ob als dem praktischen Arzte; aber vielfach glaube das Publikum, er sei nur zu noch kleineren Honorarsätzen berechtigt als jener. Neben den Opfern und Unannehmlichkeiten der Praxis eines jeden gewissenhaften Arztes habe der Kinderarzt noch den Kampf mit dieser Gleichgültigkeit gegen das kindliche Leben zu kämpfen, ganz abgesehen von den Schwierigkeiten des Umganges mit Kindern und vor allem den erhöhten Anforderungen einer minutiösesten und mannigfach erschwerten Diagnostik. Nur besondere Lust und Liebe zum Fache und Liebe zu Kindern, sowie besondere Charaktereigenschaften, Ruhe und endlose Geduld nach längerer, eifriger, spezieller Ausbildung berechtige zur Hoffnung auf dauernden Erfolg. In diesen Dingen sei auch der Grund zu finden, weshalb bis jetzt so wenig Aerzte sich diesem Fache speziell gewidmet hätten, abschon die Kinderheilkunde in Lehrbüchern und Zeitschriften früher als die meisten übrigen Spezialitäten gesondert behandelt worden sei. Schuld daran trage auch die durchaus mangelhafte Gelegenheit sich in der Kinderheilkunde genügend auszubilden, weil die Universitäten nur ausnahmsweise Gewicht auf dieses Fach legten, welches eigentlich jedem Arzte mindestens ebenso geläufig sein sollte, wie etwa Augenheilkunde, Psychiatrie etc. In Wirklichkeit habe daher mehr als die Hälfte der jetzt praktizierenden Aerzte nie ein Colleg über Kinderheilkunde gehört; entweder weil keine Gelegenheit dazu geboten wurde, oder weil die Zeit der Examensarbeit schon zu knapp bemessen war, als dass für Fächer, in denen nicht geprüft wird, Zeit übrig geblieben wären. Daher steht das Interesse, welches die in der Praxis stehenden Aerzte der Kinderheilkunde entgegenbringen, vielfach in ganz eigentümlichen Gegensätze zu den gewaltigen Fortschritten, die dieses Fach besonders in den letzten 10 Jahren gemacht hat; daher auch die geringe Meinung des Publikums von der Fähigkeit der Aerzte Kinderkrankheiten zu behandeln. Auch heute noch gelten die alten Frauen für die erfahrensten Kinderärzte, ein wahrhaft beschämender Zustand. Dem Kinderarzte steht hier ein ausgedehntes Gebiet der Thätigkeit offen, bieten doch die Kinderkrankheiten dem damit vertrauten Arzte eine viel mehr Erfolg versprechende Thätigkeit als die Behandlung Erwachsener. In demselben Gegensätze stehen mancherorts die auf das Kind bezüglichen hygienischen Einrichtungen, in der Familie sowohl wie in der Oeffentlichkeit. Auf-

gabe des Kinderarztes ist es, hier aufklärend und wenn möglich verbessernd zu wirken. Die Ausführungen gipfeln in den Sätzen: „Die Kinderheilkunde ist ein durchaus berechtigtes, ja notwendiges Spezialfach, zunächst, weil dieselbe an Können und Wissen sowie an Literatur einen derartigen Umfang angenommen hat, dass der ärztliche Praktiker nicht im Stande ist, die erlangenen Erfolge rechtzeitig und ausgiebig der Allgemeinheit zu nutze zu machen, wenn weil die Ausübung der Kinderheilkunde vom Arzte sowohl in wissenschaftlicher und praktischer als in rein menschlicher Beziehung ganz besondere Fähigkeiten verlangt.“

Auf der zweiten Versammlung am 27. Mai 1900 sprach Dr. Selter (Solingen) über die Perityphlitis der Kinder. Auf Grund der hauptsächlichsten Perityphlitisbearbeitungen sowie eigener Beobachtungen in vivo und post mortem kommt derselbe zu folgenden Ausführungen:

1) Die Erkrankungen des Appendix, soweit sie sich auf dieses Organ beschränken (Appendicitis catarrh. oder Coliappendicitis) sind als Teilerscheinung einer Verdauungsstörung im Kindesalter, selbst im Säuglingsalter sehr häufig.

2) Auch die Periappendicitis ist namentlich im späteren Kindesalter öfter als bisher angenommen, wird aber häufig verkannt, weil die Symptome beim Kinde weniger prägnant und nicht konstant sind. Als konstantestes Zeichen muss die vom Rectum palpable Resistenz der Typhlongegend gelten. Die Palpation ist zugleich ein Hauptprogressiv für unser therapeutisches Verfahren.

3) Die Periappendicitiden des Kindesalters treten häufiger als diffuse Form auf (allgemeine Peritonitis) als beim Erwachsenen. Die circumscribten Peritonitiden kommen etwa in der Hälfte der Fälle spontan zur Heilung, die übrigen gehen mit Abscessbildung einher. Der Abscess liegt entweder direkt im kleinen Becken, oder er wandert sich in der Mehrzahl der Fälle in dieses hinein, um an der linken Beckenseite wieder in die Höhe zu steigen (Palpation von Rectum aus).

4) Jeder Perityphlitisfall ist selbst bei schwereren Symptomen wenigstens ein bis zwei Tage expectativ zu behandeln. Ist nämlich kein Rückgang der Erscheinungen, speziell ergibt die Palpation per anum keine Abnahme des Exsudats, so muss operiert werden. Desgleichen sollen öfters rezidivierende Perityphliden im freien Intervall operiert werden.

Zur Diskussion sprach Krautwig (Cöln): Er bezweifelt die Häufigkeit der Appendicitis bei Kindern unter einem Jahr. Koliken sind in diesem Alter wohl häufig, eine Druckempfindlichkeit der Inguinalgegend ist in diesem Alter beinahe unmöglich festzustellen. Sektionsergebnisse haben trotz der Häufigkeit der Darmkatarrhe in diesem Alter ein besonders häufiges und intensiveres Befallenwerden des Appendix selbst nicht ergeben.

Bloch (Cöln) spricht sich ebenfalls gegen das häufige Vorkommen der Appendicitis im Säuglingsalter aus. Aetiologisch ist auffallend, dass nach monatlichen Pausen auf einmal zugleich viele Appendicitisfälle zur Beobachtung kommen. Dies würde für Infektionen

(etwa von den Tonsillen) sprechen. Schüle habe auf den Temperaturunterschied zwischen Axillar- und Mastdarmtemperatur bei Appendicitis aufmerksam gemacht. B. spricht sich für Operation aus nach Ablauf des ersten Erscheinungen bei nochmaligem Temperaturanstieg; sonst für interne Behandlung, wobei vielfach Resorption selbst von grossen Eitermengen erfolgt.

Seltzer: Zur Diagnose Appendicitis simplex genügt Anwesenheit einer Verdauungsstörung, der Schmerzanfall und der Druckschmerz; anatomisch: die Rötung und Schwellung, etwas Schleim; mikroskopisch: kleinzellige Infiltration, Epithelveränderung. Im Gegensatz zu Sonnenburg möchte S. den Ausdruck Appendicitis gleichwie Bronchitis lediglich auf die Schleimhauterkrankung angewandt wissen. Einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Angina des Rachens und der Appendicitis hat er nie beobachtet. Als Massstab für die Schwere der Erkrankung und für den chirurgischen Eingriff kann die Temperatur nicht gelten. Gerade schwere Formen verlaufen fieberfrei oder mit geringen Spitzen in der Curve. Vor allen Symptomen muss dem Palpationsbefund die massgebendste Stelle eingenäumt werden. Dass Fälle vorkommen, die im Beginn den Eindruck einer allgemeinen Peritonitis machen und alsbald sich lokalisieren, spreche für seine Forderung, erst ein bis zwei Tage expectativ zu verfahren.

Dr. Rey-Aachen.

Referate.

Les rash varicelliques. Von L. Cerf. (La Presse médicale 1900 83.)

Vanf. hat 45 Beobachtungen von wirklichem Varicellenerthem gesammelt. Sie verteilen sich über den Zeitraum von 40 Jahren; 14 davon stammen aus dem letzten beiden Jahren. Sie scheinen sich neuerdings zu häufen. Das Alter und das Geschlecht ist in der Aetiologie des diffusen Varicellenerthems von keiner Bedeutung. Am häufigsten erscheint es präemptiv, indess ist es auch zu jeder Zeit im Verlauf der Krankheit beobachtet, gleichzeitig mit der Varicelleneruption und posteruption. Manchmal tritt das Erythem auf, ohne dass irgend ein besonderes Symptom es begleitet oder vorhergeht. In seltenen Fällen besteht Fieber während des Erythems. Am häufigsten erscheint es während einer febrilen Reaction. Das Fieber kann recht hoch sein (39,2—41,6°). Man hat ferner beobachtet: Anorexie, Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, lebhaftes Durstgefühl, belegte Zunge, Kopfschmerzen, Schwindel, Glieder- und Rückenschmerzen, Angina.

Das Erythem war unter den 45 Beobachtungen 1 mal masern-ähnlich, 2 mal purpuraähnlich (bei hämorrhagischen Varicellen), 2 mal unbestimmt oder polymorph und 40 mal scarlatiniform. Letzteres ist das eigentlich typische Erythem. Es bevorzugt keine Körpergegend besonders. Selten betrifft es den ganzen Körper. Es bildet breite Flecken von variabler Grösse, welche ohne bestimmte Anordnung auf der Hautoberfläche sich verteilen und mehr minder beträchtliche gesunde Hautpartien zwischen sich lassen. Die Färbung wechselt von blassrosa bis weinrot, ist im Allgemeinen einförmig lebhaft rot, manchmal in der Mitte leicht violett punktiert. Der Rand ist meist scharf abgegrenzt, geht auch manchmal allmählich in die gesunde Haut über. Auf den befallenen Stellen entwickeln sich zumeist die Varicellenbläschen. Auf Druck verschwindet die Röte, kehrt aber schnell wieder. Irgendwelche Erscheinungen von Schmerz, Brennen, Jucken begleiten das Erythem nicht. Es dauert im Allgemeinen nur kurze Zeit. In 24 Stunden ist seine Entwicklung vollendet, doch werden auch 2, 5 und 6 Tage angegeben. Nach einigen Stunden hat es das Maximum erreicht, bleibt eine Zeit lang stationär und verschwindet, ohne jede Spur zu hinterlassen. Nur einmal ist eine Abschuppung beobachtet.

Die Windpocken, welche das Erythem begleiten, können ihren normalen Verlauf nehmen und regulär zur Heilung führen. Für gewöhnlich bedeutet aber das Auftreten des Erythems eine maligne Form der Varicellen oder lässt Complication befürchten, so dass eine reservierte Prognose am Platze ist. So sind beobachtet 3 Fälle von gangranösen Varicellen, einmal intensive Albuminurie und beträchtliches Oedem, einmal fiel das Verschwinden des Erythems zusammen mit dem Auftreten einer Lymphadenitis unter dem Kieferwinkel, welche eine Incision erforderte. Purpuraartiges Erythem deutet auf hämorrhagithische Varicellen.

Das morbilliforme Erythem könnte mit Pityriasis, syphilitischer Roseola, Typhusroseola und Masern verwechselt werden. Indess bieten diese derartige begleitende oder nachfolgende Erscheinungen, dass eine Unterscheidung nicht allzuschwer ist.

Was das scarlatiniforme Erythem angeht, so können bei prä-eruptivem Auftreten mehr oder weniger leicht differentiell-diagnostisch geschieden werden: Erytheme nach Resorption toxischer Substanzen (andere Intoxikationserscheinungen), Lymphangitis (Nachweis der Eingangspforte), Erysipel (Fieber, Erbrechen, Allgemeinsymptome), polymorphes Exanthem und exfoliative Dermatosen. Schwieriger gestaltet sich die Diagnose gegenüber Scharlach. Aber wenn auch das eine oder andere Symptom vorhanden wäre, pathognomonisch ist die Erscheinung, welche ein linearer Nageldruck hervorruft: bei Scharlach ein länger bestehender weisser Strich mit einem roten in der Mitte. Ferner aber ist durchaus charakteristisch die Lokalisation. Der Probe mittelst Nageldruck würde auch entscheidend sein in der Frage, ob es bei einer Varicelleneruption mit gleichzeitigem scarlatiniformem Exanthem um Windpocken und Scharlach oder Windpocken mit scharlachähnlichem Erythem sich handelt. Nach dem Verschwinden des Erythems würde der entscheidende Punkt das Bestehen oder Nichtbestehen einer Abschuppung sein. v. Boltens Stern-Bremen.

Peritonite tuberculeuse chronique de l'enfance. Von E. Terrien.
(La Presse médicale 1900, 71.)

An Stelle der bisherigen Einteilung in eine fibröse und eine ulceröse Form, welche auf den Zustand des Tuberkels basiert ist, will Verf. eine klinische Einteilung setzen. Die Krankheit bietet nicht verschiedene Formen, sondern nur verschiedene Stadien, welche sie nach einander durchläuft; die verschiedenen Grade sind die Periode der irritativen Exsudation, die Phase des freien Ascites, die Periode der membranösen Neubildung, die Phase der Encistierung des Ascites, die Periode der Verklebung der Eingeweide durch die tuberculösen Produkte, dementsprechend der fibrocascösen Phase. Jede Periode kann mehr oder weniger lang und sogar unbegrenzt andauern. Die Krankheit scheint aufgehoben, immobilisiert zu werden, sogar in Heilung überzugehen. Dies ist in jedem Stadium möglich. In anderen Fällen treten in schnellem Verlauf plötzlich vorgerücktere Phasen ein. Auch in der letzten Form handelt es sich lediglich um eine gewöhnliche Entwicklung des Leidens. Nur der Beginn ging unbemerkt vorüber in Folge der geringen Intensität der reactiven Phänomene und des schnellen Vorübergehens der ersten beiden Phasen. Einer jeden Phase entsprechen besondere diagnostische Schwierigkeiten, verschiedene Prognose und eigentümliche therapeutische Indikationen.

Für die Differentialdiagnose der ersten Phase kommen bei Kindern nur in Betracht die Leber, das Bauchfell und ein Abdominaltumor (z. B. Nierenformen). Der letzte Punkt ist durch die Palpation alsbald auszuschliessen. Was die Leber anbetrifft, so sind Cirrhosen allerdings nicht selten, indess meist im Gefolge von Herzaffektionen, insbesondere von Pericarditis. Steht einmal die Diagnose Peritonitis fest, kann über die Natur kein Zweifel herrschen. Bei Kindern ist sie stets tuberculösen Ursprunges. Eine essentielle Bauchfellentzündung erkennt Verf. nicht an. Die geheilten Fälle von Bauchfellentzündung waren auch tuberculös. Von allen Erscheinungen der Tuberculose ist die chronische Peritonitis am leichtesten heilbar. Die Diagnose ist also relativ leicht. Sie ist noch leichter in den beiden folgenden Phasen. Wenn ein abgekapselter Ascites vorliegt und um retentio urinae es sich nicht handelt, kommen nur 2 Affectionen in Frage: tuberculöse Peritonitis und in einem gewissen Alter des Patienten Ovarialcyste. Die Unterscheidung ist manchmal nicht leicht. Je jünger das Kind ist, desto weniger hat man Veranlassung an das letztere Leiden zu denken. Dagegen ist die erstere ungemein häufig im Kindesalter. Im dritten Kindesalter ist an die Möglichkeit einer partiellen Peritonitis, Perityphlitis oder eines Abdominaltumors zu denken. Mehrfache indurierte Stellen, die relative Seltenheit der letzteren bei Kindern sind zwei in Rechnung zu ziehende Faktoren, welche fast immer einen Irrtum ausschliessen. — Was die Prognose betrifft, so wird sie um so trüber, je weiter die Peritonitis vorgeschritten ist. Die Heilung ist am leichtesten im ersten Stadium.

Nach den neuesten Beobachtungen muss man zu der Ueberzeugung kommen, dass die Peritonitis im Kindesalter sehr oft heilbar ist. Heilungen erfolgen durch innere Mittel, durch chirurgische Inter-

vention und auch spontan. Die therapeutischen Massnahmen sind die gleichen wie in der allgemeinen Tuberculotherapie: hygienische Verordnungen, Ruhe, frische Luft, Ueberernahrung, soweit sie vom Magendarmkanal vertragen wird, Verbindung der lokalen Revulsion mit einem Collodiumpanzon zur Erfüllung dreier Indicationen: Schmerzlinderung, Immobilisierung des Abdomen, leichte Kompression. Zögert die Besserung, kommt chirurgische Intervention in Frage. Von ihr hat man gute Resultate in dem ersten und zweiten Stadium zu erwarten, namentlich indes im Beginn; weniger anwendbar ist die Laparotomie im dritten Grade. Die meisten derartig behandelten Kranken starben. Hier ist die chirurgische Intervention oft gefährlich und unwirksam. Man thut also gut, wenn im ersten oder zweiten Stadium nicht bald ein Stillstand eintritt, zur Operation zu schreiten.
 v. Boltenstern-Bremen.

Die Sterblichkeit der hereditär-luetischen Säuglinge. Aus der Universität-Kinderklinik in Breslau. Von Walter Freund. (Jahrb. f. Kinderhkte., 52. Bd.)

F's Untersuchungen sind zur Klärung der Frage angestellt, ob hereditär-syphilitische Säuglinge, wenn sie einmal lebend zur Welt gekommen sind, geringere Aussichten haben, am Leben erhalten zu werden, als nicht syphilitische unter sonst gleichen Umständen. Fast allen Autoren gilt der Grundsatz als feststehend, dass die hereditäre Lues, eine Dyskrasie bedeutet, welche die Lebensaussichten der damit behafteten Säuglinge erheblich einschränkt. Alle betonen aber gleichzeitig, dass von ausschlaggebender Bedeutung für die Erhaltung dieser Kinder die Ernährungsfrage ist; Kann man ihnen Brustnahrung bieten, so ist die Prognose nicht schlecht; bei künstlicher Ernährung ist sie geradezu trostlos. Aber dasselbe trifft ja auch für luesfreie Kinder zu, wofür es sich, wie das ja bei jener in einem hohen Prozentsatz der Fall ist, um frühgeborene oder schwache ausgetragene, noch dazu uneheliche Proletariatskinder handelt. Auch hier haben wir eine erschreckend hohe Mortalitätsziffern. Sehr instruktiv nach dieser Richtung hin ist eine Statistik Werners, die Vergleiche zwischen luetischen und nichtluetischen Kindern gleicher Provenienz ermöglicht. Von letzteren starben 57 Proz., von ersteren 78 Prozent. Diese Ziffer sinkt auf 72 Prozent, wenn man die Frühgeborenen ausschliesst; noch niedriger würde sie werden, wenn man die Schwachgeborenen ausschaltet, so dass also nur ein geringer Teil der Lues zuzuschreiben wäre.

Seine Beobachtungen machte F. an 63 durch das ganze Säuglingsalter hindurch kontrollierten Kindern. Sie entstammten fast durchweg der ärmsten Bevölkerungsklasse, waren grossenteils unehelich geboren, daher bei Pflegerinnen untergebracht, hatten entweder gar nicht oder nur kurze Zeit an der Brust gelegen; fast die Hälfte war, wie bei solcher Anamnese nicht verwunderlich, atrophisch. 27 Kinder wurden von Geburt an künstlich ernährt, 10 schon nach 1-2 Monaten, ebensoviel nach 3-4 Monaten; nur 16 erhielten Brustnahrung. 31 dieser Kinder überlebten das Säuglingsalter, also ein recht bemerkenswerter Prozentsatz bei einem Material, das ausser

seiner Hereditärsyphilis nach fast alle ungünstigen Umstände darbieten, die das Säuglingsalter zu bedrohen pflegen. Es ist nicht wahrscheinlich, dass eine gleich grosse Gruppe luesfreier Säuglinge in so ungünstiger Situation eine wesentlich geringere Sterblichkeitsziffer aufweisen würde, und es ist deshalb der Zweifel berechtigt, ob denn der Lues die ausschlaggebende Stellung für die Prognose gebührt, wie sie ihr fast allgemein zuerkannt wird. Für die Erklärung der Todesursache luetischer Kinder müssen vielfach die sogenannten parasymphilitischen Erscheinungen herhalten. Mit diesem Begriff wird viel Missbrauch getrieben. Erstens wird hierher die Anämie gerechnet, doch trifft man diese nicht allzuhäufig und dann kann sie recht wohl lediglich eine Folge der chronischen Ernährungsstörung sein. Ferner die Atrophie. F. kann diese selbst bei seinen durchweg künstlich genährten Säuglingen nicht als die Regel bestätigen. Auch die der Syphilis zugeschriebenen eclamptischen Zustände kommen nach neueren Forschungen dieser nicht zu. Die Affektionen von inneren Organen, wie Leber, Lunge, Niere, sind ebenfalls nicht immer Folgen der Lues, sondern vielfach als Komplikationen der tiefgreifenden Ernährungsstörung aufzufassen. Seine Leichenbefunde erhob F. nur makroskopisch. Ausgesprochen luetische Veränderungen der inneren Organe wurden nicht gefunden. Uebersichtliche Gewichtstabellen vervollständigen die Arbeit.

Pericardium-Ödema, O. S.

L' *tratto della terapia della congiuntivite blenorroica degli occhiali e dei neonati.* Von Luciani. (Annali di Oculologia Bd. 4, 1900).

L. führt 21 genau beobachtete in Krankengeschichten angeführte Fälle von blenorrhoischer Conjunctivitis an (10 Neugeborene, 1 Erwachsener), bei denen er mit gutem Erfolge Icol verwendet hat.

Die angewendete Methode ist folgende:

Ich lasse warme Bäder mit 3% Borlösung oder sterilisiertem Wasser zu öfteren Malen des Tages vornehmen behufs Auflockerung der phlogistischen Infiltration, ferner lasse ich wiederholt am Tage den conjunctivalen Sack mit einer Lösung von Icol 1:1000 sehr vorsichtig reinigen, um sämtliches Secret zu entfernen, das sich hinter den Augenhäuten angesammelt hat. Ich selbst nehme 4mal am Tage eine Waschung vor mit Borlösung 1:1000. Diese Behandlungsart verursacht keine Reaktion von Seiten des Auges und der Augenhäute und keinerlei lästiges oder schmerzhaftes Gefühl. Sie trägt aber ausserordentlich dazu bei, die entzündlichen Symptome zu entfernen, sodass die Kranken schon nach einigen Tagen imstande sind, die Augen selbst zu öffnen. Die eitrige Ausscheidung nimmt nach ab und in gleichem Verhältnis die Anzahl der Gewässerchen, welche nach 12-25 Tagen verschwinden. Der ganze Verlauf dauert höchstens 4-5 Wochen.

L. fast keine Erfahrungen folgendermassen zusammen:

1) Das Icol vereinigt in sich die vorzüglichsten antiseptischen und adstringierenden Eigenschaften aller bisher bekannten Mittel und sogar des Silbernitrat.

2) Das Irol hat vor den anderen Mitteln den Vorzug, weder im Auge noch in der Conjunctiva Reizung zu erzeugen und noch viel weniger schmerzhaft Empfindung hervorzurufen und die Integrität der Hornhaut nicht anzugreifen.

3) Die Anwendung des Irols ist sehr leicht selbst durch unerfahrene Hände auszuführen und die damit erzielten Wirkungen sind wenn nicht grössere, so doch jenen ganz gleich, die man mit Silbernitrat und anderen adstringierenden Antiseptics erreichen kann, nur muss man immer frische Lösungen, richtig bereitet, verwenden und dieselben vor Licht und Luft schützen.

4) Man kann Irol vorzüglich als prophylaktisches Mittel bei Blennorrhoe der Neugeborenen verwenden.

Ueber dilatative Herzschwäche im Kindesalter. Von Arthur Nsumann. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 52. Bd. 1900).

Die idiopathische, unabhängig von organischen Erkrankungen auftretende Hypertrophie und Dilatation des Herzens beim Erwachsenen ist bekannt. Sie ist eine Folge übermässiger körperlicher oder geistiger Inanspruchnahme, oder gewisser Schwächestände, wie Anämie, Chlorose. Dass ähnliche Anomalien auch im Kindesalter vorkommen, ist eine geläufige Thatsache, doch sind sie häufiger, als man gemeinhin annimmt. Martius fand bei 247 Insassen des Hospizes in Müriz die dilatative Herzschwäche 88 mal leicht, 7 mal stärker ausgeprägt. In den leichten Fällen ist der Herzstoss hebend und überschreitet eben noch die Mammillarlinie. Der Puls zeigt herabgesetzte Spannung und geht schon bei geringen Anstrengungen in die Höhe. In der Ruhe verhält er sich normal. Die schweren Fälle zeigen schon in der Ruhe Tachycardie und der Herzstoss ist bis in die Axillarlinie hinein fühlbar.

Bei der Beurteilung des Zustandes darf man nicht vergessen, dass der Situs, auch des normalen kindlichen Herzens, von dem das Erwachsenen erheblich abweicht, und zwar um so ausgeprägter, je jünger das Kind ist. Der Spitzenstoss liegt weiter nach aussen im V-Interkostalraum. Relative wie absolute Dämpfung geben erweiterte Grenzen. Die Pulsfrequenz ist höher. Nach Beneke weist das erste Lebensjahr und die Pubertät die stärkste Volumenzunahme auf, während in der Zwischenzeit ein langsames Tempo besteht. Das Wachstum bedingt vorübergehende Veränderungen im Myocard, die sich in Pulsirregularitäten, auch leisen systolischen Geräuschen an der Herzspitze äussern können, ohne dass man gleich an organische Veränderungen zu denken braucht. Nach Ablauf der Pubertät pflegen diese Symptome zu schwinden.

Seine Studien über dieses Thema machte N. an 70 im Alter von 6—15 Jahren stehenden Kindern. 8 von diesen zeigten die Merkmale der dilatativen Herzschwäche, nämlich die erwähnten Anomalien des Pulses und der Dämpfung. Auffallend war ferner ein schon nach geringen körperlichen Anstrengungen auftretendes Schwächegefühl; zugleich bestand hochgradige Dyspnoe. Der Puls war weich und auffallend beschleunigt. Anamnestisch wurde schlechtes Aussehen, Appetitlosigkeit und Schwäche vermerkt. Die Kinder

machten meistens einen körperlich und geistig herabgestimmten Eindruck.

Geräusche wurden in keinem Falle nachgewiesen; der Herzstoss war stets kräftig, hebend und weit ausgebreitet. Sämtliche Kinder waren hochgradig anämisch, einige hatten schwere Erkrankungen durchgemacht.

Die einzelnen Fälle sind durch Krankengeschichten skizziert und die verschiedenen Gruppen durch sphygmographische Curven veranschaulicht.

Friedmann-Beuthen, O.-S.

Etude clinique de l' entero-colite muco-membraneuse. Von P. Troussan. (La Presse médicale 1900 72.)

Gelegentlich seiner eingehenden Studie über die Enterocolitis mucomembranosa, in welcher er die Hauptsymptome, als die Diagnose sichernde Faktoren und die secundären Erscheinungen, sowie die klinischen Formen und zum Schluss die Complicationen bespricht, behandelt T. auch die Enterocolitis des Kindesalters. Im Allgemeinen und im Grunde ist diese von jener Erwachsener nicht verschieden. Ungemein häufig aber treten mit besonderer Heftigkeit die infektiösen Symptome in Begleitung der paroxystischen Anfälle hervor. Ein einziger Anfall kann zum Tode oder zu lang ausgedehnter Reconvalescenz führen, ohne je sich zu wiederholen. Am häufigsten kommt eine Reihe solcher Anfälle mit verschiedenen langen Zwischenräumen vor, während welcher intestinale Störungen sich nicht bemerkbar macht. Die Krankheit kann plötzlich einsetzen mit hohen Temperaturen (39—40°) und mit lebhaften nervösen Reactionen einhergehen: Aufschreien, Unruhe, Schlaflosigkeit, Convulsionen, Delirien. In den ersten Lebensjahren sind die Stühle stark diarrhoeisch, grün, foetid, putrid und enthalten viel Schleim und falsche Membranen. Bei älteren Kindern ist das Bedürfniss zur Stuhlentleerung sehr vermehrt. Die Stuhlgänge können bis zu 20 Mal pro die sich wiederholen, sind schmerzhaft, oft von Tenesmus und Dysurie begleitet. Die entleerten Massen sind flüssig und wenig ergiebig. Dagegen beobachtet man grosse Schleimmengen, welche mit oder ohne fäcalen Mengen als Schleimflocken, Reste falscher Membranen, Streifen oder cylindrisches Gebilde abgehen. Die Untersuchung des Abdomen zeigt es schmerzhaft, aber weich und eindrückbar.

Im späteren Kindesalter nimmt die Enterocolitis um so mehr einen chronischen Verlauf an, je mehr das Kind der Pubertät sich nähert. Sie kann eine Folge der Erkrankung in früheren Lebensjahren sein und in Hinsicht der paroxystischen Anfälle sich modificieren. Ihr Beginn kann ein ganz allmählicher mit Obstipation sein. Die Formen, unter welchen die Krankheit auftritt, entsprechen völli genen der Erwachsenen. Nur pflegen die Paroxysmen häufiger einzutreten und mit Fieber und heftigen Reactionerscheinungen begleitet zu sein. Natürlich kann die Enterocolitis mucomembranosa einen ungünstigen Einfluss auf die Entwicklung des Organismus üben. Man findet sie oft in Gemeinschaft mit Rhachitis.

v. Boltens tern-Bremen.

Die Ozaena und ihre Behandlung. Von Klemperer. (Therapie der Gegenwart, 1900, Heft VIII).

Unter Ozaena verstehen wir heute eine bestimmte diffuse Erkrankung der Nase, für welche charakteristisch sind: das Secret, das sehr rasch zu Krusten eintrocknet, die die Nase mehr oder weniger erfüllen, der Gestank und die Atrophie der Nasenschleimhaut und -knochen.

Der Geruch der Ozaenanase ist nicht immer gleich intensiv. Er wechselt in seiner Stärke bisweilen so sehr, dass man von einer Ozaena periodica sprechen kann. Der üble Geruch haftet an dem Secret, dass in schmierigen graugrünen Krusten die Wände der Nase bedeckt. Das frische Secret ist aber frei von dem mephitischen Geruch, der den Krusten eigentümlich ist. Erst im Laufe mehrerer Stunden stellt sich der Foetor ein. Die Atrophie der Schleimhaut ist keine gleichmässige. Neben Partien, die den Schleimhautcharakter vollständig verloren haben, erscheinen andere, besser erhaltene und sogar solche, die weich und aufgelockert, verdickt erscheinen. Die Atrophie der Knochen ist ebensowenig überall gleich weit vorgeschritten. Nicht immer sind beide Nasenhöhlen in gleichem Maasse affiziert.

Den genannten Symptomen sind noch folgende hinzuzufügen: Die Kranken klagen über mehr oder weniger starken Kopfschmerz, der meist in der Stirngegend lokalisiert wird und wohl als Folge der Verstopfung der Nase durch die Borken aufzufassen ist, ferner in den Verdauungsstörungen — Appetitlosigkeit, Würgen, Erbrechen —, die durch das Herunterfliessen der Secrete in den Rachen zur Genüge erklärt werden.

Das Vorkommen der Ozaena ist ein ziemlich häufiges, ihr Verlauf ein schleichender. Die meisten Fälle gehören der Jugend an, speziell den Pubertätsjahren. Ozaena im 4. bis 6. Lebensjahre ist wiederholt beobachtet worden; das Entstehen der Krankheit nach dem 30. Jahre gehört zu den Seltenheiten.

Die Aetiologie liegt noch ganz im Dunkeln. Disposition und Erblichkeit spielen dabei eine Rolle. Von lokal disponierenden Momenten ist die Weite der Nasenhöhle durch angeborene Kleinheit der Muscheln zu nennen. — Ein spezifischer Erreger der Ozaena ist bisher noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen.

Was die Therapie anbetrifft, so ist, je früher sie eingreift, um so besser ihre Wirkung. Wirkliche Heilungen werden wohl selten erzielt. Unsere Mittel heilen die Krankheit nicht, sondern sie ermöglichen oder erleichtern deren Heilung. Den Mittelpunkt und die Grundlage aller Ozaenatherapie bildet die Reinhaltung der Nase; sie ist die Vorbedingung und wahrscheinlich auch die einzige Ursache aller Besserungen und Heilungen, die erzielt werden. Zur Reinigung dienen die Tamponade und die Nasenspülung. Die erstere wird nach Gottstein so ausgeführt, dass man einen daumendicken Wattetampon von 3 bis 5 cm Länge 24 Std. in einer Nasenseite liegen lässt und nach 24-stündiger Pause einen gleich grossen Tampon für ebenso lange Zeit in die andere Nasenseite einlegt. Den Tampon mit medikamentösen Stoffen zu tränken, ist nutzlos. — Krieg hält es

für genügend, wenn das Tampon Vormittag 4 Std. in der einen, nachmittag 4 Std. in der anderen Seite liegt; er empfiehlt aber, mit Ungt. praecip. alb. und Vaseline aa zu bestreichen. Zarniko lässt die Tampons nur $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stde. liegen.

Die Nasenspülung kann mit dem Irrigator oder mit einer Nasenkanne vorgenommen werden; am geeignetsten bei Ozaena ist die Nasenpumpe (sogen. englische Pumpe), die beliebige Massen befördert und deren Druck durch die Hand kontrolliert wird. Als Spülflüssigkeit dient eine lauwarne Salzlösung. Zu häufige und reichliche Spülungen der Nase sind nicht ratsam, da die Nasenschleimhaut, so weit sie noch intakt ist, durch die beständige Aufweichung und Auflockerung Schaden erfahren kann. Am zweckmässigsten ist es darum, die Tamponade und die Nasenspülung zu combinieren.

Schnell-Egeln.

Beiträge zur Ernährungsphysiologie des Säuglings. Von Bendix. (Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 30).

Vor längerer Zeit hat B. den Einfluss der Menstruation auf die Lactation zu erforschen gesucht und dabei folgendes festgestellt:

1. Ein grosser Prozentsatz der stillenden Frauen bekommt trotz der Lactation die Menstruation.

2. Der Eintritt der Periode und die regelmässige Wiederholung derselben giebt nur ausnahmsweise einen Grund zur Entwöhnung des Kindes ab.

3. Quantitative Veränderungen in der Milchmenge sind nur in äusserst wenigen Fällen, qualitative allein für das Fett im steigenden Sinne durch die Periode nachzuweisen.

4. Ein Einfluss auf das Befinden und die Verdauung des Kindes durch den Eintritt der Periode und die dadurch verursachte Milchveränderung konnte nur vereinzelt bei den Kindern constatirt werden.

Um weiter den Einfluss der Gravidität auf die Lactation festzustellen, konnte B. folgenden Fall aus seiner Praxis verwerten: Eine junge Mutter kommt mit einem 2 Monate alten Knaben, den sie selbst nährte, zu ihm; durch Wägen des Kindes vor und nach dem Anlegen an die Brust wird die von der Mutter während 24 Stunden gelieferte Menge auf 835 Gramm festgestellt. Ca. 4 Wochen später betrug die Milchmenge an 2 aufeinander folgenden Tagen nur 400 Gramm und 340 Gramm. Erst später stellte sich heraus, dass die Frau um diese Zeit gravide war; sie abortierte nämlich. Eine, 36 Wochen nach dem Abort vorgenommene Wägung der Milchmenge ergab 995 Gramm.

Diese Beobachtung liefert den Beweis, dass neue Gravidität im einzelnen Falle die Milchabsonderung bei der Frau bedeutend herabsetzen kann. Vielleicht hätte in diesem speziellen Falle die Milchabsonderung ganz gestockt, wenn es nicht zum Abort gekommen wäre. B. will deshalb aber nicht den Satz aufstellen, dass bei Eintritt einer neuen Gravidität sofortiges Aufhören mit dem Säugen stattzufinden hat; er meint vielmehr, dass es in der Praxis erlaubt sei, beim Eintritt von Gravidität während des Stillens ruhig abzu-

warten und das Absetzen des Kindes abhängig zu machen von der gelieferten Milchmenge, von dem Gedeihen des Kindes und von dem Kräftezustand der nährenden Frau.

Schnell-Egeln.

Gesundheitspflege.

Die Werbung für die Versuchsanstalt für Ernährung. Von Prof. Biedert. (Vortrag, gehalten auf der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen 1900).

Als Hauptergebniss der in München beschlossenen Werbung legt Redner einen gedruckten Entwurf für deren Durchführung im Anschluss an eine Skizze der zukünftigen Thätigkeit der Anstalt vor. Seinen Vortrag beginnt er mit im letzten Jahre gesammelten neuen Beweisen für das Dringende der Anstalt. Darunter Scandalosa über Milchproduktion, worüber Aeusserungen aus landwirtschaftlichen Facultäten vorgelegt werden, von welchen eine die nach ihrer eigenen Angabe gesundheitsstörende Fütterung (z. B. gährender, feuchter Treber statt trockener) zulässt, im Geldinteresse des Bauern, also ein nach § 13 des Nahr.-Ges. mit Zuchthaus bedrohtes Vergehen: Empfehlung von Täuschung über die gelieferte Qualität, Herabsetzung der gesetzlichen Anforderungen an diese, sorgloses Hinwegsehen über die Möglichkeit einer Tuberkuloseinfektion von Seiten der vereinigten Milchproduzenten, anderseits Nachweis des Ungenügens von seither geschätzten Schutzmassregeln hiergegen (Pasteurisieren) haben sich alle in diesem Jahre gezeigt und fordern eine autoritäre Stelle, die hier eingreift. Dieselbe hätte auch der Brustdrüsenernährung, von deren verhängnissvoller Vernachlässigung ein neues krasses Beispiel angeführt wird, wieder ihre lebenserhaltende Herrschaft zu erkämpfen, zusammen mit der Agitation eines Nichtarztes, des wohlbekannten Dr. Georg Hirth in München, der seinerseits für die Anstalt zu wirken bereit ist. Die Notwendigkeit der Prüfung der Nährfabrikate, über deren Beschaffenheit das letzte Jahr die gefährlichsten Unsicherheiten an den Tag gebracht, gilt für Kinder und Erwachsene, welch letztere Redner überhaupt in die Anstalt einbegreifen möchte. Die neuen Eiweisspräparate, die controverse Ernährung der Superaciden, die Frage der genauen Kalorienbestimmung für Kranke veranlassen auch neuerdings dazu. Die Notwendigkeit letzterer bei Hypo- und Achlorhydrie zeigt Redner an der nach einem Jahrzehnt dadurch erzielten Besserung seines eigenen Leidens.

Das sind nur neue Einzelheiten, welche der systematischen, gedruckt vorliegenden Begründung der Anstalt zugefügt werden, deren Aufgabe demnach A. Ernährung von, besonders kranken, Säuglingen,

Milcherzeugung und -Behandlung, Kontrolle der Nährpräparate, dies B. auch für ältere Kinder und C. für Erwachsene wäre. Im Auge zu halten ist das Ganze immer, wie es Flachs und Schlossmann in ihrem erfreulichen Teilversuch im ausdrücklichen Anschluss an die Zwecke unserer Anstalt jetzt thun. Des ersteren begeistertes Festhalten an der Gesamtanstalt ist bei seiner praktischen Erfahrung massgebend gegenüber theoretischen Bedenken, von welchen zudem immer nur Einzelheiten bemängelt werden, die ein anderer gerade wieder lobt. Vor Eintritt in eine öffentliche Agitation liegen bereits gegen 50 zustimmende Aeusserungen vor von bekannten Aerzten, Pharmakologen, Hygienikern, Medizinalbeamten, land- und milchwirtschaftlichen Fachleuten, Zeitschriften, darunter von Leyden's Zeitschrift (Hirschel), Berliner klin. Wochenschr. (Säkularartikel von Baginsky und redaktionelle Notiz zum Werbeprogramm), Chemikerzeitung, land- und milchwirtschaftliche Zeitungen (Herz).

Für sehr wichtig hält der Vortragende die Vereinigung der analogen Bestrebungen von Kobert und His in Bezug auf Arzneifabrikate mit den seinen und schliesslich das Gutachten Camerers über die Centralanstalt, die eine notwendige Ergänzung der klinischen Anstalt sei, welche mit 100 andern Dingen belastet, die bei der Kranken-Ernährung auftauchenden äusserst komplexen Fragen nicht mit genügendem Erfolg lösen konnte.

Er weist noch einmal auf die in der gedruckten Vorlage enthaltene Organisation sowohl der späteren Beaufsichtigung wie der jetzigen Werbung für die Anstalt in Form engerer und weiterer Ausschüsse hin. Diese hätten sich jetzt durch schriftliches und mündliches Eintreten, wie kleine Beiträge für Agitationskosten zu bethätigen und würden dafür später entsprechenden Einfluss erhalten. Es soll der Gedanke in die ärztlichen Vereine, alle ärztlichen und anderen Zeitschriften und Zeitungen getragen werden. Alle, welche sich dafür interessierten, möchten sich jetzt mündlich oder später schriftlich bei dem Vortragenden nennen. Gäbe es davon eine grosse Zahl, so würden auch wohl die materiellen Mittel von dem grossen Publikum, Corporationen und Behörden zu erhalten sein, wenn denselben vor Augen gestellt würde: eine grosse Anstalt mit eifriger ineinandergreifender Arbeit, von welcher ausgehen erprobte Ratschläge für besten und billigsten Unterhalt unseres über die Erde wachsenden Volkes und prompte Wiederherstellung der in der Ernährung geschädigten Glieder des Volkes durch diätetische Massregeln, Vorschriften über staatliche Beaufsichtigung der Nahrungs- und Heilmittel, Aufsichtsführung. Darüber durch die Anstalt selbst Maassgaben für die Produktion der Nahrungsmittelindustrie, um Verschleuderung von deren und des Volkes Vermögen vorzubeugen, das stellt eine humane und eigenartige, wahrhaft staaterhaltende Wirksamkeit in Aussicht und der Voraussicht, die jetzt dafür eintritt, wird einmal der Dank unserer Wissenschaft und unseres Volkes werden.

Biedert-Hagenau. Autoreferat.

Rezensionen.

Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt von Prof. Dr. Ph. Biedert. 4. Auflage. Mit 12 Abbild. und 1 farb. Tafel. Stuttgart, F. Enke, 1900. Preis 6 Mark.

In einer Zeit, wo die theoretischen Grundlagen und die praktischen Methoden der Kinderernährung wieder nach jeder Richtung schwankend geworden sind, das ganze schwierige Problem neuerlich zur Diskussion gestellt ist und dauernd im Fluss bleibt, — da war es gewiss erwünscht, wieder einmal Biedert im Zusammenhang diese Frage darstellen zu sehen. B. gehört ja zu den verdientesten Führern auf diesem Hauptgebiet der Pädiatrie und seine diesbezüglichen Arbeiten sind seit jeher besonders geschätzt. Namentlich auch sein Werk über Säuglingsernährung zählt seit seinem Erscheinen zu den besten, nicht zuletzt deshalb, weil der Autor mit unermüdlichem Fleiss jeweils die neuesten Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung und praktischen Erfahrung für seine Arbeit verwertet. Auch in der nun vorliegenden 4. Auflage kann man das auf Schritt und Tritt konstatieren. Die Neuauflage „stellt so gleichsam ein neues Werk dar, das unter Beibehaltung des dauerhaften Alten alles Neue den praktizierenden und forschenden Kollegen aus einem Guss giebt.“ Wie aus einem Guss ist auch die Darstellung, so sprudelnd und anregend, dass man im Banne des Stoffes gehalten wird und dem Verfasser willig auch auf nationalökonomische und soziale Streifzüge folgt, welche den Bereich der behandelten Materie in bedeutsamer Weise erweitern und sie auf das Niveau einer weitgreifenden Kulturfrage erheben. Die Fülle des wissenschaftlichen Materiales, oft fast überreichlich, die Uebersichtlichkeit der Anordnung des Stoffes, das ausführliche chronologische Literaturverzeichnis, auf dessen Einzelnummern auch im Text immer wieder verwiesen wird — all das sind Vorzüge, wodurch auch die früheren Auflagen schon sich auszeichneten. Ich wäre versucht, zu bemängeln, dass B. sich auch an das gebildete Publikum wendet. Da jedoch das schöne Werk jedenfalls den strengen wissenschaftlichen Anforderungen des ärztlichen Lesers vollauf genügt, so mag über diesen heiklen Punkt hinweggegangen werden, zumal die steigende Zahl der Auflagen unzweifelhaft die Berechtigung und Anerkennung des B.'schen Beginns erwiesen hat.

Jeremias-Posen.

Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Für Studierende und Aerzte von Dr. S. Jessner. 2. Auflage. Königsberg i. Pr., Thomas und Oppermann, 1900. Preis 6 Mark

Das für den Praktiker bestimmte Werk des bekannten Dermatologen hat in seiner zweiten Auflage eine vollständige Umarbeitung und Erweiterung erfahren. Auch die Einteilung, der das vom Verfasser aufgestellte System der Hautkrankheiten zu Grunde liegt, ist etwas geändert. Der allgemeine Teil bespricht die Anatomie und

Physiologie der Haut und die allgemeine Therapie. Im speziellen Teil ist besonders die eingehende Erörterung der Differential-Diagnose und der Therapie hervorzuheben. Die Klassifikation der Hautkrankheiten dürfte, trotzdem sie sich möglichst konsequent auf pathologisch-anatomischer Grundlage aufbaut, doch nicht allgemein anerkannt werden:

Die einzelnen Klassen lauten: 1) Funktions-Störungen, 2) Anomalien der Blutverteilung (ohne Entzündungs-Erscheinung), 3) Entzündungen, 4) Granulome (darunter die Syphilis der Haut), 5) Hypertrophie, 6) Neubildungen, 7) Regressive Ernährungs-Störungen. Den Anhang bilden ein Abschnitt über die Haut-Parasiten, eine umfangreiche Darstellung der Kosmetik der Haut und eine reiche Sammlung von Rezept-Formeln.

Das Werk wird sich, wie seine erste Auflage, auch in der umgearbeiteten Form, viele Freunde verschaffen, besonders unter den praktischen Aerzten, da es den theoretischen Erörterungen nicht viel Spielraum lässt, dafür aber die praktischen Bedürfnisse um so mehr berücksichtigt.

Forchheimer-Würzburg.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Beitrag zur Bakteriologie des Keuchhustens. Von G. Arnheim.

Verf. berichtet über seine Untersuchungen an 44 Keuchhustenfällen und 3 Sektionen, sowie Kontrollversuchen bei akuter und chronischer Bronchitis, Bronchopneumonie, Lungentuberkulose. Beim Ausstrich des in der Acme gewonnenen Sputums fand er regelmässig kleine, oft in Ketten angeordnete Stäbchen, die am Ende der Erkrankung auch intracellulär lagen. Meist hatten sich die Pole der Bakterien allein gefärbt.

Eine Kultur des gewaschenen Sputums auf Blutserum zeigte am nächsten Tage sehr kleine, runde, klare Kolonien, die etwas über die Oberfläche erhaben waren. Spätere Generationen zeigten Involutionsformen. Auf den gewöhnlichen Nährböden sehr geringes Wachstum. Bouillon bekommt saure Reaktion und wird vorübergehend getrübt. Färbung nach Gram war nicht immer positiv. Die Tierversuche sind nicht eindeutig. Keuchhusten — Konvulsionen vermochte Verf. nicht hervorzurufen.

Bei den Sektionen liessen sich im Ausstrich und der Kultur von Trachealschleim und bronchopneumonischen Herden die Polbakterien nachweisen.

Da die Kontrolversuche die Bakterien stets vermessen liessen, so hält A. die Czaplewski-Henselschen Polbakterien für spezifisch.
(Berliner klinische Wochenschrift 1900).

M. Moltrecht-Halle.

— Die Behandlung der Retropharyngealabscesse. Von W. Schmidt.

Bei der Eröffnung der Retropharyngealabscesse vom Munde aus drohen mancherlei Gefahren. Erstickung durch den herabfliessenden Eiter, Pneumonien, Magen-Darmerkrankungen, bei tuberculösen Abscessen Lungentuberkulose, oft ist auch der Abfluss des Eiters ein ungenügender. Bessere Resultate, als mit dieser Methode, erzielte Verf., wie auch andere Autoren, mit der Eröffnung von aussen. Für kleinere Abscesse empfiehlt sich ein Schnitt vor dem Sterno-cleido-mastoideus, von dem aus man an der Aussenseite der Vena jugularis in die Tiefe dringt. Nach der Eröffnung legt man einige dünne Gummidrains ein oder macht eine Gegenöffnung. Stark seitlich vorgewölbte Abscesse erreicht man leichter mit einem Schnitt hinter dem Sterno-cleido. Wenn auch diese Behandlung für Krankenhäuser die einzige sein sollte, so wird doch der praktische Arzt aus manchen Gründen zur älteren Methode greifen müssen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1900).

M. Moltrecht-Halle.

— Zur Behandlung der Dermatitis exfoliativa sive Pemphigus malignus. Von Baginsky.

Bei ganz jungen, etwa in der 2. oder dritten Lebenswoche stehenden Kindern beobachtet man eine nicht syphilitische Affection, die entweder ursprünglich in Blasen auftritt oder alsbald eine über den ganzen Körper sich ausbreitende Abschälung und Abrollung der Epidermis mit Freilegung des Cutis darbietet und schliesslich zu dem denkbar abschreckendsten Krankheitsbilde sich entwickelt. Die Kleinen liegen mit tief dunkelroter freiliegender Cutis, während die Epidermis nur noch in zusammengerollten schmutzig grauen Fetzen sich präsentiert, bei hohen Fiebertemperaturen tief elend darnieder und sind bei der bisher üblichen Behandlungsmethode in der Regel in wenigen Tagen dem Uebel erlegen.

B. hat in mehreren Fällen mit folgender Methode Erfolg gehabt: Bad von Eichenrindenabkochung, 1 Kilo: 1 Bad, Temperatur des Bades: 27—28° C., Dauer des Bades 6—8 Minuten. Nach dem Bade vorsichtige Abtrocknung mit Watte und darauf completes und dichtes Einpudern oder besser gesagt völliges Ueberstreuen des Kindes mit zinc. oxydat. Talcum aa. Dieses Streupulver wird täglich mehrmals erneuert und die Kinder werden in Watte gepackt, gleichsam in die dichte Lage von Streupulver gebettet. Peinliche Reinlichkeit und Asepsis, sowie sorgfältige Ernährung ist dabei natürlich nicht ausser Acht zu lassen.

(Therapie der Gegenwart 1900).

Schnell-Egeln.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

NB 545

COUNTWAY LIBRARY



HC 121R ?



W. HOLZER
BOSTON, MASS.



Digitized by Google

