



## 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

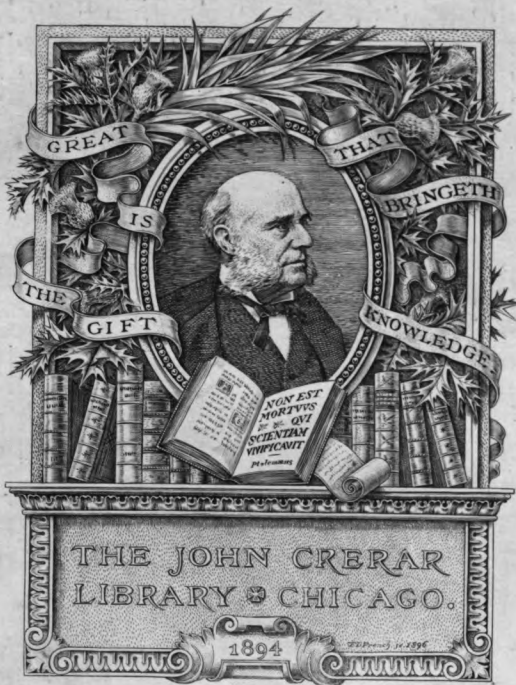
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können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

*Spezielle  
Diagnostik und Therapie*

*Herausgegeben von*

*W. Sittmann*









# Spezielle Diagnostik und Therapie

in kurzer Darstellung mit Berücksichtigung  
:: aller Zweige der praktischen Medizin ::



# Spezielle Diagnostik und Therapie

in kurzer Darstellung mit Berücksichtigung  
:: aller Zweige der praktischen Medizin. ::

Bearbeitet von

Prof. Dr. J. Arneth-Münster i. W., Dr. H. Beuttenmüller-Bad Liebenstein, Prof. Dr. E. Bloch-Freiburg i. B., Prof. Dr. F. Fromme-Berlin, Stabsarzt Dr. W. Guttmann-Mülheim-Ruhr, Oberstabsarzt Dr. H. Hasenknopf-Strassburg, Sanitätsrat Dr. Max Joseph-Berlin, Primärarzt Dr. H. Kaposi-Breslau, Oberstabsarzt Prof. Dr. F. Kayser-Cöln, Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. E. Leser-Frankfurt a. M., Prof. Dr. J. Raecke-Frankfurt a. M., Prof. Dr. F. Schieck-Göttingen, Prof. Dr. S. Schoenborn-Heidelberg, Dr. Max Senator-Berlin, Prof. Dr. L. W. Weber-Göttingen.

Herausgegeben von

Stabsarzt Dr. **Walter Guttmann**  
in Mülheim-Ruhr.

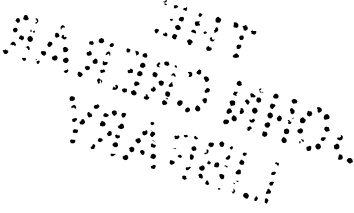


Wiesbaden.

Verlag von J. F. Bergmann.

1911.





Nachdruck verboten.  
Übersetzungen in allen Sprachen vorbehalten.

Copyright 1911 by J. F. Bergmann.

---

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

## Vorwort.

Das vorliegende Buch soll sich Ärzten, namentlich solchen mit allgemeiner Praxis, wie auch Studierenden dadurch nützlich erweisen, dass es kurz und klar die wesentlichsten Gesichtspunkte darbietet, welche für die Erkennung (insbesondere Differential-Diagnostik) und Behandlung der wichtigsten Krankheiten in Betracht kommen. Es unterscheidet sich von allen bisherigen ähnlichen Werken dadurch, dass es das gesamte Gebiet der praktischen Medizin umfaßt. Um den gewaltigen Stoff in einem verhältnismässig so engen Rahmen unterzubringen, war grösste Prägnanz der Darstellung erforderlich, eine Aufgabe, deren befriedigende Lösung sachlich und sprachlich weit schwieriger ist als die Abfassung dickleibiger Kompendien. Wenn auch natürlich das Buch seiner ganzen Anlage nach keinen Anspruch auf Vollständigkeit in dem Sinne erheben kann, dass alle möglichen Einzelheiten und Abweichungen vom Typus berücksichtigt sind, so wird es doch, wie ich hoffe, zur ersten Information ausreichend, ja gerade deshalb wohl besonders geeignet sein. Ebenso dürfte es eher ein Vorzug sein, dass bei der Therapie hauptsächlich nur solche Heilverfahren Erwähnung gefunden haben, die auf Grund eigener Erfahrungen und Kritik der Verfasser empfehlenswert erscheinen.

Wenn das Buch überhaupt zustande gekommen ist, und wenn es so geworden ist, wie ich es geplant, so war das nur möglich durch die liebenswürdige und ausgezeichnete Unterstützung meiner verehrten Mitarbeiter, sowie durch das verständnisvolle Entgegenkommen des rühmlichst bekannten Verlegers. Hierfür auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank auszusprechen ist mir ein aufrichtiges Bedürfnis.

**W. Guttmann.**

**Einrichtung des Buches.** Die einzelnen Artikel stehen in alphabetischer Reihenfolge. Als Orthographie ist die sogenannte gelehrte Schreibweise gewählt. Ein Sternchen (\*) bedeutet einen Hinweis auf den betreffenden Artikel. Im Index sind nur solche Stichworte berücksichtigt, die nicht als besondere Artikel Aufnahme gefunden haben, ferner auch die wichtigsten Synonyma.

616.03

R100

316659



**Abasie-Astasie.** *Ätiol.:* Gemütsbewegungen, Trauma, Überanstrengung, schwächende Krankheiten. *Sympt.:* Unfähigkeit zu gehen u. stehen durch Vorstellung des Nichtkönnens, Furcht zu fallen (Baso-Staso-Phobie), organisch nicht begründete Schmerzen (Akinesia algera). In Rückenlage weder Lähmung noch Ataxie. Bei Hysterie\*, hypochondrischer Wahnbildung\*, Neurasthenie\* (Zwangsvorstellungen\*). *Diff.-Diagnose:* Neuritis (Druckempfindlichkeit der Nerven, ev. Sensibilitätsstörungen). Intermittierendes Hinken (tritt im Gehen ein; Arteriosklerose; fehlende Pulsation der Fussarterien, wachsbleiche Färbung der Planta). Cerebellare Ataxie (Taumeln u. Zittern, schlimmer bei Augenschluss, auch in Rückenlage vorhanden). Trepidante Abasie bei Greisen (ängstliches Trippeln; Arteriosklerose mit Vorstellungs Krankheit). *Komplik.:* Neben organischem Leiden. *Therapie:* Psychische Behandlung (vd. Hysterie).

Raecke.

**Abort.** *Ätiol.:* 1. Krankheiten der Mutter u. des Eies. (Fieberhafte Erkrankungen, Kohlensäureüberladung des Blutes, Uterusdeviationen, Geschwülste, alte para- u. perimetranne Verwachsungen, chronische Endometritis, alte Tubenerkrankungen, Abnormitäten an der Placenta, Traumen, psychische Einflüsse, Medikamente (nur in hochtoxischen Dosen). 2. Primärer Fruchttod. (Konzeptionelle u. placentare Infektionen, Lues, alle Infektionskrankheiten, Missbildungen des Nabelstrangs u. Fötus, Erkrankungen der Placenta). *Sympt.:* Im 1.—4. Monat: starke, ev. Tage lange Blutungen. Danach im 3. u. 4. Monat: Wehenschmerzen deutlich: Ausstossung der Frucht, Placenta u. Decidua. Im 5.—7. Monat: Zuerst Wehen, Blutung ev. nur gering, Springen der Fruchtblase, Ausstossung des Fötus, dann der Nachgeburt. Bei inkomplettem Abort: Blutungen, solange Reste der Placenta u. Deciduumassen im Uterus verhalten sind. Muttermund u. Cervikalcanal können dann wieder geschlossen sein. *Komplik.:* Fieber durch Faulen zurückgehaltener Placentarreste (Saprämie\*), durch Infektion (Puerperalfieber\*); gleichzeitige Extrauterinschwangerschaft; Entzündungsprozesse

Spezielle Diagnostik und Therapie.

I

in Umgebung des Uterus (Pyosalpinx, Appendicitis). **Diff.-Diagnose:** Bimanuelle Untersuchung! Bei drohendem oder im Gange befindlichen A. Uterus entsprechend vergrößert, Cervicalkanal ev. durchgängig, Corpus weich (Hegarsches Zeichen!). Bei Extrauterinschwangerschaft\* Uterus nicht vergrößert, Cervicalkanal geschlossen, Adnexe einer Seite verdickt, weich. Bei einfacher Endometritis Uterus klein, Adnexe frei. Bei Carcinom Palpation des Geschwürs, bei Myom Uterus vergrößert hart, Cervicalkanal geschlossen, ev. Palpation myomatöser Knollen. **Therapie:** 1. Bei drohendem A. (nur Blutungen): Bettruhe! Opiate, Beseitigung einer ev. Retroflexio durch Pessar. 2. Bei habituellem A. (gew. durch Lues bedingt): energische anti-syphilitische Behandlung beider Eltern, wenn keine Schwangerschaft besteht. Bei wieder eingetretener Schwangerschaft Quecksilber resp. Jodkali innerlich (Rp. 32 u. Rp. Hydrargyri bijodat. rubri 0,15, Sol. Kali jodat. 10,0 : 200,0. S. 2 mal tgl.  $\frac{1}{2}$  Esslöffel in warmer Milch). 3. Bei im Gange befindlichen A. (Cervicalkanal verkürzt, stärkere Blutung): Überwachung der Blutung, Bettruhe, heisse Scheidenausspülungen. Tamponade der Scheide u. des Cervicalkanals wegen Infektionsgefahr möglichst nur bei sehr starken Blutungen. Ergotin unnötig. Ist Muttermund u. Cervicalkanal für Finger passierbar, dann Entfernung des Eies ev. in Narkose mit dem Finger nach gründlicher Reinigung (äusserlich u. vaginal). Cave Abortzangen jeglicher Form, desgl. Curette bei noch nicht für Finger durchgängigem Cervicalkanal (Uterusperforation!). Nach manueller Entfernung des Eies leichte Curettage der Uterusschleimhaut erlaubt; heisse Uterusausspülung am besten mit 50 % Alkohol oder  $\frac{1}{2}$  % Solveollösung; innerlich Ergotin (Rp. 99). Ist Uterus leer, steht die Blutung. 4. Bei A. im 4.—7. Monat möglichstes Abwarten; fast immer spontane Ausstossung der Frucht u. Nachgeburtsteile. Kommt Placenta auf starken äusseren Druck nicht u. blutet es stärker, manuelle Lösung der Nachgeburt nach gründlicher Desinfektion der äusseren Geschlechtsteile u. Vagina (Handschuhe!). 5. Bei putridem A. (Fieber) möglichst rasche Entleerung des Uterus; Schüttelfrost danach häufig, Prognose aber gewöhnlich gut. 6. Bei A. kompliziert mit Extrauterinschwangerschaft rasche Überführung in Krankenhaus. Ebenso am besten bei gleichzeitigen Pyosalpingen oder appendicitischen Symptomen; ev. ganz vorsichtige Entleerung des Uterus, ohne diesen viel zu bewegen; ganz vorsichtige Anwendung der Curette bei durchgängigem Cervicalkanal dann erlaubt. 7. Bei verhaltenen Abortresten u. geschlossenem Cervicalkanal: Dilatation der Cervix durch Einlegen eines Laminariastiftes für 24 Std., Dilatation bis Hegar 18 u. manuelle Ausräumung in einer Sitzung, Uterusspülung. Fromme.

**Abscesse.** *Ätiol.:* Gewebseinschmelzender Einfluss von Eitererregern (Staphylo-, Streptokokken u. a.). *Sympt.:* Mehr oder weniger umschriebene Ansammlung von eitriger Flüssigkeit, zusammengesetzt a) aus Serum u. Zellen, b) aus zerstörten Gewebsmassen mit Mikroben. Beim heissen A. akute Entzündung (Calor, Dolor, Rubor, Tumor); beim kalten A. gewöhnlich nur Tumor. Ersterer durch pyogene Mikroben, letzterer meist durch Mischinfektion von Tuberkelbazillen mit pyogenen bedingt. *Diagnose:* Möglichkeit der Infektion; Fluktuation; hierzu beim heissen A. Schmerz, Rötung, Hitze. Vergrößerung gewöhnlich dahin, wo geringster Widerstand, deshalb so schnelle Verbreitung in Sehenscheiden usw. Bei eitriger Infiltration (seltener!) fehlt Fluktuation, dagegen Schmerz, Hitze, Verdickung deutlich. Kalte A. verbreiten sich meist ohne nachweisbares Symptom, oft weit von Ursprungsstelle (cf. Senkungsabscesse). *Therapie:* So früh wie möglich nach aussen eröffnen (mit Messer, bei tiefliegenden mittelst Kornzange). Danach Sicherung des Eiterabflusses nach aussen (lockere Tamponade, zweckmässige Drainage, richtige Lagerung des Körperabschnitts). Bei anhaltender Absonderung unverzüglich nach Ursache fahnden, z. B. nekrotische Gewebe, Fremdkörper beseitigen; sonst Fisteleiterung. Heilung stets durch Granulationsbildung. Cf. Phlegmone u. die einzelnen Organabscesse.

Leser.

**Accessoriuslähmung.** *Ätiol.:* Selten Myelitis oder Gliose des obersten Halsmarks, meist Caries der obersten Halswirbel, Meningitis, namentlich Halsverletzungen (z. B. Geschwulstoperationen). *Sympt.:* Schwäche oder Lähmung des Sternocleidomastoideus u. Cucullaris, letztere häufiger unvollständig wegen gleichzeitiger Innervation durch Spinalnerven. Sternocleidolähmung: Schwäche bei Drehung des Kopfes nach gesunder Seite, seltener beim Nicken sichtbar, selten Schiefstand des Kopfes. Cucullarislähmung: Typische „Schaukelstellung“ des Schulterblattes mit Senkung des Akromion, Vortreten der Claviculae, Annäherung des unteren Winkels an die Wirbelsäule. (Fehlt ev. bei teilweiser Lähmung). Oft Atrophie mit Abflachung der ganzen Scapulagegend u. Heraustreten der Scapula. Heben des Armes beschränkt. Meist Entartungsreaktion. *Diff.-Diagnose:* Manchmal nur Teilerscheinung einer Dystrophie. *Therapie* cf. Lähmungen. S. Schoenborn.

**Achyilia gastrica.** Komplette A., d. i. völliges Fehlen der Magensaftsekretion (Salzsäure, Pepsin, Lab) selten. Inkomplette A. = Anacidität mit geringer Fermentabscheidung. *Ätiol.:* Erkrankung der Magenschleimhaut bei Gastritis atrophicans, Carcinoma ventriculi, Anaemia gravis, Amyloid. Se-

kundär bei anderen Carcinomen, chronischer Nephritis, Tuberkulose, Arteriosklerose. Auch als nervöse A. — **Sympt.:** Manchmal fehlend. Wenig charakteristisch: Appetitmangel, Druck nach Mahlzeit; selten Schmerz u. Aufstossen. Oft nur hartnäckige Diarrhöen. **Diff.-Diagnose:** Ausheberung nach Proberfrühstück: Dickflüssiger Inhalt („grobe Brocken“!); geringe Menge (Hypermotilität); freie Salzsäure fehlt; Gesamtsäure bei kompletter A. unter 6,0; häufig Schleim; Pepsin u. Lab herabgesetzt oder fehlend. Cf. Carcinoma ventriculi, Gastritis, Anämie (Blutbild, Milz), Amyloid (allgemeine Amyloidose). Nervöse A.: Per exclusionem u. Verlauf; Fermente oft normal. **Prognose:** Je nach Grundkrankheit. Anatomisch nicht restituerbar; quoad vitam an sich gut; nervöse A. günstig. **Therapie:** Grundkrankheit! Gutes Kauen (Gebiss!); häufig kleine Mahlzeiten. Diät: Schlackenarm, zartes Fleisch, manchmal Nährpräparate usw. Kochsalzquellen (Kissingen, Wiesbaden, Homburg). — Acid. hydrochl. dilut. 5—6 × tgl. 20 Tr. oder Rp. 153, 155; Amara: Rp. Tinct. amar., Gentian. oder Chin. comp. 3 × ½—1 Teelöffel vor dem Essen; oder Rp. 158. Bei nervöser A. Allgemeinbehandlung. Cf. Diarrhoe. Beuttenmüller.

**Aconitinvergiftung.** Off. Präparate, Aconitumarten.

**Sympt.:** Speichel-, Schweiß-, Harnabsonderung vermehrt. Erbrechen, Durchfälle. Mydriasis. Erstickungskrämpfe, Atmungs-, Herzlähmung. **Therapie:** Magenspülung mit Tannin (10 : 200). Excitantien.. Atropin (0,001, Rp. 147). Guttman.

**Acusticuserkrankungen.** Von Erkrankungen des Ohrlabirinthens u. der zentralen Hörbahn nicht stets getrennt zu diagnostizieren.

**Neuritis acustica.** Bes. N. cochlearis. **Ätiol.:** Infektionskrankheiten (Scharlach, Typhus, Mumps, Lues, Tuberkulose usw.); Intoxikationen (Chinin, Salicyl, Alkohol, Tabak, Metalle); heftige, selbst einmalige, meist aber lang fortgesetzte Schalleinwirkungen (professionelle Schwerhörigkeit der Kesselschmiede, Lokomotivführer u. a.). Rheumatische Neuritis acustica, auch zusammen mit solcher des Facialis oder mit Herpes zoster des Kopfes. **Sympt.:** Subjektive Geräusche bes. von hohem Klangcharakter u. von gleichmässiger nicht intermittierender Art, Schwerhörigkeit der verschiedensten Grade, die in geräuschvoller Umgebung zunimmt.

**Tumoren.** Gutartige oder maligne, am oder im Stamme des Hörnerven, bes. auch im Kleinhirnbrückenwinkel, durch Druck zu Schwund bzw. völliger Kontinuitätstrennung des Nerven führend. **Sympt.** siehe Atrophie.

**Verletzungen.** Durch Schädeltraumen, Blutungen. **Sympt.:** Plötzliche hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit (cf. Ohrverletzungen).

**Atrophie.** Im Senium, bei Arteriosklerose, bei Tabes, u. anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, durch Druck von Tumoren u. durch Blutergüsse. *Sympt.:* Ähnlich wie bei Neuritis, aber stetig zunehmend. *Diff.-Diagnose:* Ausschliessen einer Mittelohraffektion, indem Uharticken schlecht, in Knochenleitung meist nicht mehr gehört wird, Flüstersprache für hohe u. tiefe Sprachlaute („16, Speise, Zeisig“ u. a. — „Brummen, Ulme, Purpur“ u. ähnl.) gleichmässig oder für erstere stärker vermindert ist. Untere Tongrenze oft noch normal, dagegen höchste u. hohe Töne nicht oder schlecht gehört. Knochenleitung vermindert oder aufgehoben, Rinnescher Versuch positiv. Zentrale Hörstörung durch Zusammentreffen mit anderen sicher cerebralen Symptomen zu diagnostizieren.

*Therapie:* Bei Neuritis acust. Vermeidung der chemischen u. physikalischen Schädlichkeiten. Ev. antiluetische Kuren. In bezüglichen Fällen bes. auch Pilokarpin (abendlich einmalige Injektion von  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 Spritze einer 1 % Lösung, 3—4 Wochen lang, ansteigend bis lebhaftes  $\frac{1}{4}$ —1stündige Speichel- u. Schweisssekretion eintritt). Ruhe, Stille, Jodkali. Tumoren, wenn zugänglich chirurgisch angreifen. Bei Verletzungen an endokranielle Komplikationen zu denken. Cf. auch Ohrverletzungen.

Bloch.

**Adams - Stokessches Syndrom.** Bradykardie mit paroxysmaler weiterer Pulsverlangsamung, Bewusstseinsstörungen u. Krämpfen. *Ätiol.:* Reizüberleitungsstörung durch 1. Erkrankung des Hisschen Bündels oder Tawaraknotens (Myokarditis, Arteriosklerose, Gumma); 2. Vagusreizung bei Arteriosklerose („intermittierendes Hinken der Medulla oblongata“). *Sympt.:* Beständig starke Pulsverlangsamung bis unter 40, ja bis 20 Schläge pro Minute. Puls meist regelmässig; manchmal Extrasystolen. Herzvergrösserung nur bei Komplikationen. Röntgenoskopisch u. sphygmophlebographisch: Häufigere Kontraktion der Vorhöfe als der Ventrikel. — Partielle Überleitungsstörung: Jedem 2., 3. usw. Vorhofschlag entspricht eine Ventrikelkontraktion. Totale Dissoziation: Vorhof u. Kammer schlagen in unabhängigem Rhythmus. — Anfall beginnt mit Kopfschmerzen, Präkordialangst, Schwindel. Dann Hinstürzen, kurze Bewusstlosigkeit mit Blässe oder Cyanose, oft Erbrechen. In schwersten Fällen tonisch-klonische Zuckungen in Gesicht u. Extremitäten; enge reaktionslose Pupillen. Urin- u. Stuhl- abgang; Cheyne-Stokessches Atmen; dabei sekundenlanges Aussetzen der Pulsschläge; hochgradigste Bradykardie. Dauer Sekunden bis Stunden; Häufigkeit verschieden. *Diff.-Diagnose:* Bei neurogenem Typus Beseitigung der Bradykardie durch Atropininjektion. Überleitungsstörung auch bei Digitalisintoxikation!



Altersepilepsie! **Prognose:** Infaust; die der Grundkrankheit; bei Gumma etwas besser. **Therapie:** Bei Arteriosklerose\* Jod; ev. antiluetisch. Kein Digitalis! — Im Anfall: Ruhe, Sauerstoffinhalation; ev. Analeptica. Beuttenmüller.

**Addison'sche Krankheit.** **Ätiol.:** Erkrankungen der Nebennieren (bes. Tuberkulose) u. des Bauchsympathicus. (Zuweilen Autopsie negativ.) **Sympt.:** 1. Diffuse, flockenförmige, gelb- bis dunkelbraune Verfärbung der Haut u. Schleimhäute (Mundhöhle!). Da Pigment im Rete Malpighii, auf Druck nicht ablassend. Conjunctiva, Nägel, Handteller, Fusssohlen gew. unpigmentiert. 2. Hochgradige Adynamie u. Kachexie ohne Muskelatrophie. Verdauungsstörungen. Nervöse Störungen (Myalgien, Neuralgien, Schwindel, epileptiforme Anfälle usw.). 3. Atypisches Fieber, Hypothermie. **Komplik.:** Lungentuberkulose. **Diff.-Diagnose:** Vagabundenhaut, Arsenmelanose (Anamnese!), Bronzediabetes, Ikterus (Urin!, Leber!). Bei sonstigen Pigmentierungen (infolge von Sonnenbestrahlung, Malaria, Carcinom, Pseudoleukämie) fehlen gew. obige Symptome. **Therapie:** Ruhe, kräftige Ernährung, Massage, Eisen (Rp. 167 ff.), Arsen (Rp. 21 ff.), ev. Kreosotlebertran (Rp. 174a) oder Jod (Rp. 27 f.); sonst symptomatisch. Versuch mit Nebennierenpräparaten (Rp. 177 f.), monatelang. Prognose infaust.

Guttman.

**Adenoide Vegetationen.** Hyperplasie des adenoiden Gewebes am Rachendach („Rachenmandel“). Entstehen im Kindesalter, Rückbildung (nicht unbedingt, oft unvollständig) nach 21. Lebensjahr. Häufig zugleich Gaumenmandelhypertrophie\* (Waldeyerscher Schlundring). **Sympt.:** 1. Gestörte Nasenatmung, offener Mund, Schnarchen, Rhinolalia clausa (Fehlen der Nasenresonanz). 2. Behinderte Gaumensegelbewegung, anormale Zahn- u. Kieferentwicklung (Spitzbogenform), stumpfer Gesichtsausdruck (Verstreichen der Nasolabialfalten), ungenügende Aufnahme und Zerkleinerung der Nahrung wegen momentanen Lufthungers (da ausser Nase auch Mund für die Atmung währenddessen verlegt). 3. Schlechter Schlaf, Mattigkeit, Unaufmerksamkeit und Unregsamkeit, schlechtes Auffassungsvermögen (Aprosexie). **Komplik.:** Chronischer Schnupfen, Rhinitis chronica hypertrophica\* (fast immer) Schwerhörigkeit\*, Otitis media\* acuta u. chronica. **Therapie:** Operation (nicht bei Sprachstörungen mit ungenügendem Nasenrachenabschluss) ev. in Bromäthernarkose (empfehlenswert, weil bei ev. späteren Operationen keine Angst; gegen Hinabfließen von Blut in Luftwege Kopf nach Operation sofort nach vorn unten!). Nachbehandlung: Ruhe, flüssige Diät, Schweigen, Nachblutungen nur bei unvollkommener Herausnahme, daher

schnelle Nachoperation des Rachenmandelrestes. Rezidive trotz guter Operation nie ausgeschlossen.

Max Senator.

**Adenoma sebaceum.** *Sympt.:* Symmetrisch an Nasolabialfalten u. Wangen sitzende, stecknadelkopf- bis erbsengrosse, hellrote, feste Geschwülste. *Therapie:* Elektrolyse.

M. Joseph.

**Äthervergiftung.** *Sympt.:* Bei Inhalation: Narkose, Atemstillstand. Bei Aufnahme per os: Rausch, Gastroenteritis, Meteorismus. Bei Äthersucht: chron. Magenkatarrh, Pulsarrhythmie, Verfall der Körperkräfte, Psychosen. *Therapie:* Bei akuter Vergiftung wie bei Chloroform-, bei chron. wie bei Alkoholvergiftung. Bei Aufnahme per os Magenausspülung.

Guttman.

**Agalaktie.** Mangelhafte Milchabsonderung im Wochenbette und dadurch bedingte Unfähigkeit zu Stillen. *Ätiol.:* Fieber, geringe Entwicklung bzw. Erkrankungen der Brüste, Chlorose, Anämie. *Therapie:* Selbststillen verboten: bei akuter Sepsis, schweren Allgemeinerkrankungen (Tuberkulose, Ekklampsie, Psychosen). Im übrigen wird durch regelmässige, jedesmal vollständige Entleerung der Drüse durch das Kind (ev. auch durch Saugpumpe), sowie geeignete Diät (gemischte Kost, reichliche Flüssigkeitszufuhr, Milchsuppen, Kakao) zum meist genügende Sekretion erzielt; Sanatogen, Laktagol, Soma-tose etc. meist unnötig; wichtig richtiges Anlegen des Kindes; hygienische Überwachung der Warzen (Schrunden!); bei „Hohlwarzen“ Warzenhütchen.

Kayser.

**Akanthosis nigricans.** *Sympt.:* Grosse Flächen der Haut durch feine papilläre oder kolbige Erhabenheiten in viele durch feine Furchen getrennte Felder geteilt. Diese rauhe, wie warzig anzufühlende Haut leicht mit scharfem Löffel zu entfernen, ersetzt sich aber bald wieder, geht mit Dystrophie der Haare, Nägel, sowie Exkreszenzen an Schleimhäuten einher. Mitunter gleichzeitig Carcinom der Abdominalorgane; nach Operation eines Uteruscarcinoms bildete sich sogar die A. zurück. *Therapie:* Erfolglos.

M. Joseph.

**Akkommodationskrampf.** Contractur des M. ciliaris. *Ätiol.:* Hypermetropie, Hysterie, Suggestion, Gifte (Eserin usw.). Selten, nur bei jugendlichen Individuen; ab u. zu mit Konvergenzkrampf verbunden. *Sympt.:* Durch fortgesetztes Akkommodieren wird Myopie vorgetäuscht. Patienten geben an, nur mit Konkavgläsern in die Ferne deutlich sehen zu können, während objektive Refraktionsbestimmung Myopie ausschliesst. Meist verschwindet der Krampf im Dunkelzimmer. *Diff.-Diagnose:* In zweifelhaften Fällen Untersuchung unter

Atropin. **Therapie:** Mydriatica (1 % Atropin). Auskorrigieren etwa vorhandener Refraktionsfehler, bes. von Astigmatismus.

Schieck.

**Akkommodationslähmung.** **Ätiol.:** Einseitig nach stumpfen Traumen des Bulbus (mit u. ohne Pupillenlähmung). Einseitig u. doppelseitig bei Lues cerebri, Tabes, Paralyse, Apoplexien usw. Doppelseitig nach Diphtheria faucium u. conjunctivae stets ohne Pupillenlähmung, bei Botulismus mit Sphincterparese. Giftwirkung (Atropin u. a. Mydriatica). **Sympt.:** Unvermögen in der Nähe deutlich zu sehen trotz normaler Bauart des Auges u. ev. Korrektur vorhandener Refraktionsanomalien, wie bei der Presbyopie. Namentlich bei Hypermetropen sehr störend, da diese schon für die Ferne akkommodieren müssen. **Therapie:** Bei cerebralen Leiden Behandlung dieser. Schwache konstante Ströme mittelst feiner Elektrode dem Auge durch das geschlossene Lid appliziert. Postdiphtherische Akkommodationsparesen bedürfen keiner besonderen Behandlung, da sie ausnahmslos nach 4—6 Wochen wieder verschwinden. In der Zwischenzeit Konvexgläser, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Schieck.

**Akne kachecticorum.** **Sympt.:** Linsen- bis stecknadelkopfgrosse, flache, schlaffe, lividrote Knötchen mit Eiterpusteln auf der Spitze, ohne Comedonen. Weniger im Gesicht als an Stamm u. Extremitäten, bei heruntergekommenen Individuen (z. B. bei Diabetes, nach Variola, Skorbut). Gleichzeitig oft Lichen scrofulosorum oder Pityriasis tabescentium. **Diff.-Diagnose:** Beim klein-pustulösen Syphilid Infiltration der Umgebung. A. k. wandelt sich nie in ein Geschwür um. **Therapie:** Mit Besserung des Allgemeinbefindens (bes. Arsen! (Rp. 21 ff) schwindet die A. Zur Unterstützung Pinselungen mit Lotio sulfuris (Rp. 208).

M. Joseph.

**Akne nekrotica.** **Sympt.:** An der Stirn-Haargrenze (A. frontalis), oft über ganze Stirn, Gesicht, behaarten Kopf, Nacken, selten Rumpf, verbreitet, treten schubweise hanfkorn-grosse, flache, braunrote derbe Knötchen auf, die schnell nekrotische Borke mit zentraler Delle (ähnlich Pockennabel) zeigen. Allmählich schüsselförmige Vertiefung der Haut mit einer unter die Oberfläche eingesunkenen Narbe, ähnlich einer Pockennarbe (A. varioliformis). Knötchen gruppenförmig oder symmetrisch, oft von Haar durchbohrt, zuweilen juckend. Zwischen 20. u. 30. Lebensjahre. Oft Rezidive. **Diff.-Diagnose:** Corona Veneris (andere Zeichen von Lues; neben Pusteln schinkenfarbige, langsam sich entwickelnde, nicht rezidivierende Knötchen!). Akne vulgaris (Comedonen u. über die Oberfläche erhabene Knötchen!). **Therapie:** Weisse Präcipitatsalbe, oder

1 % Sublimatspirit, oder Rp. Resorcin., Acid. salicyl.  $\text{aa}$  5,0, Vaseline. ad 100,0. Innerl. Arsen (Rp. 21ff). M. Joseph.

**Akne rosacea.** *Ätiol.:* Dyspepsien. Bei Frauen bestehen häufig Unterleibserkrankungen. Langer Aufenthalt in freier Luft mit schroffen Temperaturübergängen. Alkoholenuss mit Unrecht als Ursache angeschuldigt. Bevorzugt mittleres Alter. *Sympt.:* Meist symmetrische Gefässneubildung auf Nase, Wangen, Stirn, Kinn führt zu intensiver, häufig dunkelblau gefärbter Rötung (reine Form der Rosacea). Zuweilen daneben Eruption von Akneknötchen u. Pusteln (Akne rosacea). Meist schon lange vorher Seborrhoea sicca des behaarten Kopfes u. Ekzema seborrhoicum faciei mit starker Erweiterung der Talgdrüsenöffnungen. Subjektiv starkes Hitzegefühl mit Blutwellungen nach dem Kopfe, psychische Verstimmung über Verunstaltung. Zuweilen tritt zur Verfärbung eine lappig-knotige Neubildung, die Pfundnase (Rhinophyma), mit beträchtlicher Vermehrung der bindegewebigen Elemente u. Vergrößerung der Talgdrüsen, so dass Nase wie Geschwulstmasse mit knolligen, dunkelblauroten Auswüchsen u. Höckern aussieht. *Therapie:* Behandlung des Grundleidens (Dyspepsie, gynäkologische Erkrankung, Zirkulationsstörung usw.). Sorge für regelrechten Stuhlgang; cf. bei A. vulgaris. In leichteren Fällen Schwefelsalicylpaste (Rp. 203), in schwereren Zeisslsche Paste (Rp. 205) oder Schälpasten (Rp. 204). Bei der reinen Rosacea Waschen bei Tage mit Rp. Kampfer, Resorcini  $\text{aa}$  5,0 Spirit. ad 100,0; als Nachtsalbe Rp. Ichthyol. 1,0—5,0, Resorcin. 1,0—3,0, Adipis lanae 25,0, Ol. olivar. 10,0, Aq. dest. ad 50,0. Auch Quarzlampe. Daneben Verödung der Gefässe mit Mikrobrenner, Röntgenstrahlen, Radium. Beim Rhinophyma chirurgische Behandlung; Auswüchse werden entfernt, als ob man Äpfel schält; Jodoformgazetamponade. Von den zurückbleibenden Talgdrüsen findet Vernarbung statt. M. Joseph.

**Akne urticata** (Kaposi). *Sympt.:* Im Gesicht, auf behaartem Kopf, an Streckseiten der Extremitäten entstehen in über Jahre sich erstreckenden Nachschüben bohnen-grosse, quaddelartige, sehr harte Erhebungen mit heftigem Jucken und Brennen. 1—2 Wochen bleibt Umgebung hart infiltriert. Kratzeffekte heilen allmählich mit braun pigmentierten Narben. *Therapie:* Innerl. Atropin (tägl. 1—3 Pillen à 0,0005). Äusserl. 10 % Mentholalbe, Schwefelbäder, ev. Röntgenstrahlen. M. Joseph.

**Akne vulgaris.** *Ätiol. u. Sympt.:* Im Gesicht u. am Rumpf werden häufig im Pubertätsalter (A. juvenilis) Talgdrüsenöffnungen durch schwarze Punkte (Comedones\*) verstopft. Auf einem durch seborrhoische Ausscheidung u. Auf-

lagerung fettigen Gesicht haftet Schmutz der Luft (Kohlenstaub usw.) leichter an Talgdrüsenmündungen. Nach Unna führt auch flächenhafte Hyperkeratose der Oberhaut durch Fortsetzung auf Follikelmündungen zu Comedonen (Schwärzung durch Reduktionsprozesse). Trotz Verstopfung sezernieren Talgdrüsen weiter; Sekret staut sich unter Bildung von Knötchen (*A. papulosa*). Durch Mikroben (bisher keine spezifischen anerkannt), entsteht oft Eiterung (*A. pustulosa*); durch sekundäre leukotaktische Infiltration um Talgdrüsen u. Lanugohärchen Knoten (*A. indurata*); *Acarus folliculorum* nicht Ursache der *A.* Menschen mit ausgesprochenem Zimmerberuf vorzugsweise befallen. *A.* auch durch innere Arzneimittel (Brom u. Jodakne), wobei in Pusteln Jod u. Brom nachweisbar. (Von Ammen genommenes Brom kann bei Säuglingen *A.* erzeugen). Bei Arbeitern durch Einwirkung von Chlordämpfen Chlorakne, wobei unter starkem Jucken u. Brennen oft am ganzen Körper Akneknoten (zur Verhütung Einfetten des Körpers).

**Therapie:** Regulierung der Lebensweise u. Verdauung; nur Gekochtes u. Gebratenes, kein Alkohol. Behandlung der Comedonen\*. Innerl. Arsen (Rp. 21 ff) oder Nebennierentabletten (Rp. 177, 178). Äusserl. bei diffuser *A.* des Gesichts Schwefelsalicylpaste (Rp. 203); für zirkumskripte Knoten Zeisslsche Paste (Rp. 205) oder Rp. Flor. sulfur., Talci vent.  $\text{aa}$  10,0, Balsam. Peruv., Resorcini  $\text{aa}$  1,5, Spir. sapon. kalin. 20,0, Spir. vini gallic. ad 100,0 und  $3 \times$  tgl. Waschen mit Rp. Acid. acetic. conc., Tinct. Benzoës, Spirit. camphorat.  $\text{aa}$  6,0, Spirit. vini ad 100,0. Für *A.* des Rückens Sol. Vlemingkx. tägl. 1 mal aufpinseln; für hartnäckige Fälle Röntgenstrahlen.

M. Joseph.

**Aknekeloid.** *Sympt.:* Ein oder mehrere nicht schmerzhaft, wenig juckende, blassrote, derbe, oft steinharte, mit verdickter Epidermis versehene Knoten, ausschliesslich am Nacken u. den angrenzenden Teilen des behaarten Kopfes. Häufiger bei Männern. Oberfläche der Knoten oft von Furchen u. tiefen Einsenkungen durchsetzt, wodurch Eindruck papillärer Wucherung (*Dermatitis papillaris capillitii*). Haare so fest im Gewebe, dass nur mit Mühe herauszuziehen. Sekundär auf den Knoten ev. Pusteln oder Borken. **Diff.-Diagnose:** Bei Furunkeln Eiterung, beim Kerion Celsi geringe Eiterung u. runde Plaques, bei tuberösen Syphiliden kreisförmige Anordnung, schinkenfarbened Aussehen, Zerstörung der Haarfollikel. **Therapie:** Quecksilbercarbolpflastermull, Elektrolyse oder Röntgenstrahlen.

M. Joseph.

**Aknitis.** *Sympt.:* Ein papulo-nekrotisches Tuberkulid (Barthélemy), identisch mit Kaposi Akne teleangiektodes.

Befällt zw. 15. u. 30. Lebensjahre akut Gesicht in disseminierten Knötchen ohne entzündliche Erscheinungen. Knötchen stellen gelatinöses, weiches, braunrotes Infiltrat dar, zeigen im Gegensatz zur Akne pustulosa sehr lange Dauer, sind refraktär gegen jede Aknetherapie. Positive Tuberkulinreaktion u. Nachweis von Tuberkelbazillen gelungen. Mehrere Male im Anschluss an Masern in Form disseminierter tuberkulöser Knötchen beobachtet (Lupus follicularis disseminatus Hutchinson). **Therapie:** Pinselungen mit Guajakol (rein oder 1:2 Glycerin).

M. Joseph.

### **Akrodermatitis continua suppurativa** (Hallopeau).

**Sympt.:** An Extremitätenenden eiterige runde Phlyktänen, nach deren Platzen eine erodierte Oberfläche zutage tritt. Beginn am Nagelfalz, allmählich auf Handteller u. Fusssohlen, nicht zentralwärts fortschreitend. Ausser Jucken oft, bes. in Arme ausstrahlende Schmerzen. Im Verlaufe der Jahre langen Dauer fallen Nägel ab; an den geschrumpften Extremitäten neue Phlyktänen. **Diff.-Diagnose:** Bei Raynaudscher\* Krankheit Asphyxie u. nervöse Störungen. **Therapie:** Röntgenstrahlen.

M. Joseph.

**Akromegalie.** **Ätiol.:** Wahrscheinlich Funktionsstörung der Hypophyse durch Tumoren usw., meist mit radioskopisch erkennbarer Usur der Sella turcica. Auslösung bisweilen durch Traumen. Jahrelanger Verlauf. **Sympt.:** Dicken- u. Grössenzunahme der Körperenden („Akra“), bes. Hände, Füße, Kinn, Jochbögen, Nase, Zunge, Sternum, durch Verdickung von Knochen und Weichteilen. Schon früh Mattigkeit, sexuelle Impotenz, Asthenie, Anämie, Kopfdruck. Häufig bitemporale Hemianopsie durch Druck auf Chiasma. Nicht selten Diabetes mellitus. **Diff.-Diagnose:** Im Beginn bisweilen schwierig gegen Myxödem\* (allgemein verdickte trockene blasse Haut, psychische Störungen), Riesenwuchs, Leontiasis ossea (nur Schädelverdickung), Osteoarthropathie Maries (ganz überwiegende Knochenverdickung). **Therapie:** Intern meist wirkungslos (Arsen, Organextrakte). Die schwierige Hypophysenresektion brachte einige Male Erfolge.

S. Schoenborn.

**Aktinomykose.** **Ätiol.:** Infektion durch den Strahlenpilz. Häufigste Eingangsstelle Mundhöhle, von wo Verbreitung nach Kiefer, Hals u. weiter. Übertragung meist durch Zwischenträger (z. B. Getreidegrannen). **Sympt.:** Wulstartige, von Einziehungen unterbrochene härtliche Schwellungen in und unter der Haut, hie und da fistulös mit dünnflüssigem Sekret, in dem typische gelbe, auch weiss-graue Körnchen (Pilzdrusen) suspendiert sind; zuweilen weit entfernt vom primären Infektionsort; nicht schmerzhaft. Sehr langsame, aber hartnäckige Aus-

breitung; ausnahmsweise unter dem Bilde einer Phlegmone. Halsgegend bevorzugt, seltener Brust- oder Bauch-A. (Lungen- bzw. Darm-Infektion). Lymphgefäße, Lymphdrüsen immer frei, dagegen Metastasen durch Eintritt in eine Venenwand möglich. **Diff.-Diagnose:** Gegen Sarkom spricht die unregelmässige, teigige Schwellung, das sehr langsame Wachstum. Bei Tuberkulose, die wohl nur nach fistulösem Durchbruch in Frage kommt, immer Drüsenerkrankung. **Therapie:** Exstirpation des Erkrankten oder, was öfter möglich, Freilegung der Herde und Fistelgänge, sorgfältige Auskratzung alles erkrankten Gewebes, lockere Tamponade der Höhle, so dass Heilung durch Granulationsbildung erreicht wird. Wo das nicht möglich, Injektion von 1 % Jod-Natrium bzw. -Kali Lösung, auch von Jodtinktur; innerlich Jodkali längere Zeit fort; Erfolge unsicher.

Leser.

**Albuminurie, zyklische.** Vorwiegend im Kindesalter bis zur Pubertät. **Ätiol.:** Zirkulationsstörungen im Kreislauf, abnorme Durchlässigkeit des Nierenfilters, allgemeiner Schwächezustand des Organismus(?). Jedenfalls keine anatomische Erkrankung der Niere. **Sympt.:** 1. Eiweissauscheidung, minimal bis 2—5 ‰, nur während des Aufseins, im Liegen verschwindend („orthotische“ A.), bedingt durch den Wechsel (Zyklus) von der horizontalen zur aufrechten Körperstellung. Vorwiegend das durch Essigsäure allein fällbare Euglobulin. 2. Blässe, leichte Ermüdbarkeit, Kopf- u. Gliederschmerzen. Appetitmangel, Herzklopfen, erhöhte Pulsfrequenz, Arrhythmie, systolische Geräusche. **Diff.-Diagnose:** Die Zeichen chron. Nephritis (Hypertrophie des link. Ventrikels, erhöhter Blutdruck, Retinitis) fehlen, dgl. Zylinder oder andere Nierenbestandteile. **Therapie:** Keine Liegekur, keine Milchdiät! Ernährung wie die gesunder Kinder. Vermeiden geistiger u. körperlicher Übermüdung. Massage, Aufenthalt in Wald oder Gebirge. Stomachica, Blaudische Pillen. Verlauf chronisch, Prognose gut. Hasenknopf.

**Alkoholpsychosen.** **Ätiol.:** Angeborene (degenerative) oder erworbene (Infektionskrankheiten!) Prädisposition + Alkoholintoxikation.

**I. Pathologischer Rausch.** Nach akuter einmaliger Vergiftung; nur bei Degenerierten u. Intoleranten. **Sympt.:** Degenerative Züge, jähes Einsetzen einer Bewusstseinsstörung (Dämmerzustand), Angsthalluzinationen, Krämpfe, Erregung, gewalttätige Handlungen. Oft Pupillenstörungen, terminaler Schlaf, nachher Erinnerungsdefekt. **Diff.-Diagnose:** Gewöhnlicher Rausch (allmähl. Eintritt, keine plötzl. Veränderung des Bewusstseins, keine Halluzinationen oder Angst). Epileptischer Dämmerzustand\*. **Therapie:** Bettruhe, Überwachung.

**2. Chronischer Alkoholismus** im eigentlichen Sinne. *Sympt.:* Psychische Reizbarkeit, ethische u. intellektuelle Defekte, namentlich der Merkfähigkeit, Willensschwäche, Eifersuchtsideen, brutales Verhalten, geschäftliche u. berufliche Nachlässigkeiten. Körperliche Sympt. vd. Alkoholvergiftung. *Prognose:* Heilung, stationärer Zustand, oder Übergang in 7.

**3. Delirium tremens.** *Ätiol.:* Interkurrente körperliche Erkrankungen. *Sympt.:* Ganz akuter Beginn, Verwirrtheit, motorische Unruhe, Gesichts- u. Gehörshalluzinationen, oft suggestiv hervorgerufen u. zu verändern, Albuminurie, Fieber, terminaler Schlaf. *Prognose:* Heilung oder Tod (Herz, Pneumonie). *Komplik.:* Herzschwäche, Nierenerkrankungen. *Diff.-Diagnose:* Toxische, infektiöse, urämische, epileptische Verwirrungszustände, Amentia\*, *Therapie:* Prophylaktisch bei schwerer körperlicher Erkrankung notorischer Trinker: Alkohol. Bei ausgebrochenem Delirium von Anfang an Herzmittel (Rp. 47 ff.), Nierendät, viel Flüssigkeit. Narkotica (Veronal 2 mal tgl. 1,0—1,5, Paraldehyd 6,0) nur, wenn Unruhe nicht zu ertragen; sonst Bettruhe oder Bewegung unter dauernder Überwachung. Dauerbäder 2—3 Stunden, 36°C. Schwitzkuren (Herz!) Am besten Anstaltsbehandlung. *Prognose:* Gut, wenn Herz aushält.

**4. Akute Alkoholparanoia** (akute Halluzinose der Trinker). *Ätiol.:* Wie bei 2. *Sympt.:* Bei erhaltener Orientiertheit flüchtige Gehörstäuschungen; Wahnideen, Angst; sonst wie bei 2. *Diff.-Diagnose:* Amentia\*. *Therapie* wie bei 2. *Prognose:* Heilung oder Übergang in

**5. Chronische Alkoholparanoia.** *Sympt.:* Bei erhaltener Orientiertheit Sinnestäuschungen, fixierte Wahnideen, namentlich Verfolgung, leichte Demenz, ethische Defekte. *Diff.-Diagnose:* Chronische Paranoia\*, Dementia praecox\*.

**6. Eifersuchtswahn.** Bei akuten u. chronischen Alkoholpsychosen, teils flüchtig, teils fixiert. Siehe besonderen Artikel. *Diff.-Diagnose:* Echte Paranoia.

**7. Alkoholparalyse.** (alkoholische Pseudoparalyse). *Ätiol.:* Auf der Basis von 1. *Sympt.:* Wie dort, nur die nervösen Störungen (Ataxie, Pupillen, Reflexe) u. psychischer Verfall noch deutlicher, alkoholische Demenz. *Komplik.:* Arteriosklerotische, senile,luetische Hirnprozesse. *Diff.-Diagnose:* Dementia\* paralytica u. alle organischen Hirnerkrankungen. *Prognose:* Günstiger als bei letzteren bei rechtzeitiger Abstinenz. Cf. Korsakowsche Psychose.

*Therapie:* Bei allen chronischen Alkoholpsychosen a) Prophylaxe: Kindern, Degenerierten, körperlich Erschöpften kein alkohol. Genussmittel! b) Bei chronischen Trinkern: Entwöhnung von Alkohol, Gewöhnung an Abstinenz.



Nur in Anstalt durchzuführen; freiwilliger Eintritt in Trinker-  
asyle; bei schwererer psychischer Degeneration Aufnahme in  
Irrenanstalt mit entsprechender Begutachtung oder nach Ent-  
mündigung. Hier in den meisten Fällen sofortige Entziehung,  
möglichst unter dauernder sorgfältiger Beaufsichtigung; minde-  
stens einjähriger Anstaltsaufenthalt erforderlich. Sog. Spezifica  
zur Alkoholentziehung nutzlos! Behandlung körperlicher Er-  
krankung (Rachen, Magen, Leber, Nieren). Nach Anstalts-  
entlassung Aufnahme in Abstinenzverein (Blaukreuz, Guttemp-  
ler). Bei unverbesserlichen Trinkern: Entmündigung wegen  
Trunksucht.

**8. Dipsomanie** (Quartalsäufersucht). Keine eigentliche  
Alkoholpsychose, sondern anfallsweise Trunksucht infolge psycho-  
pathischer Zustände. *Ätiol.*: Schwere degenerative Anlage mit  
anfallsweise auftretender Verstimmung oder Angst, oft ausgelöst  
durch körperliche Störungen (Magenleiden usw.). *Sympt.*:  
Prämonitorische Verstimmung, sinnloses Trinken, fortgesetzte  
Berausung, dazwischen häufig ängstliche Verstimmung, ter-  
minaler Schlaf, danach Krankheitseinsicht. *Therapie*: Über-  
wachung, Kupieren der Attacke mit Brom (bis 8,0 pro die).  
Behandlung der Grunderkrankung. L. W. Weber.

**Alkoholvergiftung, akute.** *Sympt.*: Excitation, De-  
pression, Kollaps, Koma (leicht wiederkehrend!), ev. Delirien.  
Nach grossen Dosen auch schlagartiges Zusammenbrechen. At-  
mung oberflächlich, langsam, ev. aussetzend, stertorös. Starkes  
Sinken der Körpertemperatur. Tod ev. durch Herz- oder Atem-  
lähmung, Lungenödem, Apoplexie. Cf. pathologischer Rausch  
(unter Alkoholpsychosen). *Diff.-Diagnose*: Geruch der Aus-  
atemungsluft! An anderes Koma denken! *Therapie*: Magenaus-  
spülung. Starker heisser Kaffee; auch Kaffee- u. Essigklistiere.  
Kampfer (Rp. 83). Riechmittel. Frottieren der Haut, Senfteige,  
heisse Hand- u. Fussbäder. Warme Bäder mit kalten Über-  
giessungen. Cf. Asphyxie. Guttman.

**Alkoholvergiftung, chronische.** *Sympt.*: Chroni-  
scher Rachenkatarrh (Vomitus matutinus), Magen-Darmkatarrh.  
Schlechter Ernährungszustand. Degeneration der Leber (Ver-  
fettung, Cirrhose), der Nieren (Verfettung, Schrumpf-, Stauungs-  
niere). „Bierherz“ (Hypertrophie u. Dilatation), Myodegeneratio  
cordis. Arteriosklerose, insbes. auch der Coronarien. Blasen-  
katarrh. Hydrämie. Ascites. Polyneuritis\*, Ataxie, Tremor,  
Neurasthenie. Neuritis optica. Alkoholpsychosen\*. *Komplik.*:  
Disposition zu Fettsucht, Gicht, Diabetes, Infektionen (Pneu-  
monie, Tb.). *Therapie*: Absolute Abstinenz, zuerst am besten  
in Anstalt, dann Anschluss an Guttempler usw. Im übrigen  
symptomatisch. Cf. Alkoholpsychosen. Guttman.

**Alopecia areata.** *Sympt.:* Ein oder mehrere scharf abgezielte, runde, ovale oder unregelmässige kahle Flecke verschiedenster Grösse, häufig bilateral-symmetrisch, auf behaartem Kopfe oder im Barte bei früher ganz gesunden Menschen. Bei der malignen Form fallen sämtliche, auch Lanugo-Haare aus. Kahle Stellen völlig normal, nur einige abgebrochene Haarstümpfe ragen 1—2 cm hervor. Subjektiv oft prämonitorische Kopfschmerzen, die zuweilen in Parästhesien an kahlen Stellen übergehen. *Ätiol.:* Wahrsch. meist Trophoneurose, andere Male vielleicht parasitäres Leiden. *Diff.-Diagnose:* Bei Herpes tonsurans Rötung u. Pustelbildung; Trichophyton tonsurans! Bei abgeheiltem Lupus erythematosus kahle Stelle atrophisch, eingesunken, zeigt nie neues Haarwachstum.

*Therapie:* Zur Beschleunigung der oft spontanen Heilung 2—3 mal wöchentlich Einpinselung mit 2 % Chrysarobin-Traumatizin (Rp. 207). Oder Einreibung mit Crotonpaste (Ol. Croton. 2,0, Cerae alb., Butyr. Cacao aa 1,0); nach dem Abklingen der dadurch bedingten Hautentzündung zu wiederholen. Bei A. des Bartes Einreibung mit 5 % Cantharidenspiritus. In hartnäckigen Fällen Bestrahlung (Finsen, Röntgen, Quarzlampe).

M. Joseph.

**Alopecia atrophicans.** *Sympt.:* Mehrfache kahle Stellen auf dem Kopfe von unregelmässiger Form; in ihrem Bereich ohne sichtbare Entzündung oder Eiterung Atrophie mit vollständiger, definitiver Zerstörung der Haare, wie ein auf Landkarte gezeichneter Archipel. Schleichender Beginn. Die Farbe der kahlen Stellen schneeweiss. Haare leicht ausziehbar an ihrer Wurzel von einer mehr weniger sukkulenten, transparenten Scheide eingehüllt. *Therapie:* Nicht ermutigend. Versuch mit heissen Seifenwaschungen u. 10 % Schwefelzinkpaste (Rp. 203).

M. Joseph.

**Alopecia furfuracea sive pityrodes.** *Ätiol. u. Sympt.:* Jahrelange Schuppenbildung (Schinnen) führt allmählich zu immer stärkerem Haarausfall; schliesslich Kopf glatt wie eine Billardkugel. Ursache abnorme Verhornung (Hyperoxydationsprozess) der äusseren Wurzelscheide, wodurch Ernährung des Haares beeinträchtigt. *Diagnose:* Man stellt durch Auskämmen mit Staubkamm an 4 aufeinanderfolgenden Tagen Verhältnis der Spitzenhaare, die bei gewöhnlicher kurzer Haartracht ohne geschnitten zu werden ihren typischen Lebensgang vollenden zu können, zum Gesamtausfall fest. Beträgt dies 1 : 8 bei einer Durchschnittslänge des Kopfhaares von 13 cm oder 1 : 10 bei einer solchen von 5—8 cm, so ist es bereits abnorm. *Therapie:* Zur Beseitigung der Schuppen Spir. saponat. kalin., Natr. bicarbon. (2 %), Borax (5 %). Gegen die Hyper-

oxydation 10 % Schwefelsalbe (Rp. Sulfur. praecip. 5,0, Adip. suill. rec. parat. ad 50,0). Zur Nachbehandlung bei fettigem Haare austrocknendes Kopfwasser (2% Resorcinspiritus, 10 % Kampferspiritus), bei trockenem Haare fettiges Kopfwaschwasser. (Rp. Tinct. Cantharid. 2,0—5,0, Ol. Ricini 3,0—10,0, Spirit. ad 100,0; oder Rp. Acid. salicyl. 1,0, Ol. Gossypii 5,0, Spirit. vini, Spirit. Lavandul.  $\infty$  ad 100,0). M. Joseph.

**Alopecia praematura u. senilis.** *Sympt.:* Schnelle Steigerung des absoluten Haarausfalles, ebenso schnelle Zunahme des Ausfalles der Spitzenhaare u. Abnahme des Dickenmessers vieler Haare (A. senilis). Dagegen bei A. praematura rel. jugendliche Individuen; Degeneration ohne Seborrhöe, so dass Haare „schütter“ werden u. Glatze. Meist erblich. Prädisponierend erschöpfende Krankheiten, Konstitutions-Anomalien. *Therapie:* 10 % Schwefelsalben oder Rp. Tumenol-Ammonii, Sapon. virid.  $\infty$  5,0, Tinct. Benzoes. 3,0, Vasel. ad 50,0. Spirituöse Kopfwaschwasser (Rp. Resorcini 2,0, Tinct. Cantharid., Glycerin, Spir. Lavand.  $\infty$  3,0, Ol. Ricini 1,0, Tinct. Capsici, Pilocarpini hydrochlor.  $\infty$  3,0 Spir. Lavand. ad 100,0). M. Joseph.

**Alopecia symptomatica.** *Ätiol.:* Durch erschöpfende Infektionskrankheiten toxischer Einfluss auf Haarpapille, deren Ernährung, meist nur vorübergehend, ungünstig beeinflusst wird. *Sympt.:* Nach Typhus, Scarlatina, Pneumonie, Appendicitis, Puerperium etwa nach sechs Wochen diffuses Defluvium capillorum. Bes. charakteristisch A. syphilitica;  $\frac{1}{2}$ —1 Jahr nach Infektion Haarausfall am Hinterhaupt u. den Schläfen, als ob durch einen Griff büschelweise Haare ausgerupft wären. *Therapie:* Zur Beschleunigung der Spontanheilung Chinin-Pomade (Rp. Chinin sulf., Acid. tannic. ana 2,0, Balsam. Peruv. 1,0, Aqu. Coloniens. 5,0, Ungt. rosat. ad 50,0) oder als Haarwasser Rp. Chloralhydrati 10,0, Ol. Ricini 5,0, Aq. dest. ad 200,0. Bei A. syphilitica Allgemeinkur u. lokal weisse Präcipitalsalbe. M. Joseph.

**Amaurose.** Vollständige Blindheit. Kongenital selten; auch ohne Veränderung an der Papille (cerebrale Erblindung). Akquiriert durch Netzhaut-, Sehnervenleiden, Affektionen des Zentralorgans. Bes. Opticusatrophie, akute retrobulbäre Neuritis, Stauungspapille, Opticuszerreißung bei Schädelbasisfraktur, Netzhautablösung, Retinitis pigmentosa. Glaukom, Phthisis bulbi, Meningitis, Cerebralapoplexien, Gehirntumor, Hydrocephalus. *Therapie:* Behandlung des Grundleidens.

Schieck.

**Amblyopie.** Schwachsichtigkeit, oft ohne ophthalmoskopisch sichtbare Veränderung oder Trübung der brechenden

Medien. Kongenital: Meist verbunden mit Schielen, wenn einseitig. Doppelseitig bei Albinismus. Oft kombiniert mit Nystagmus. Akquiriert durch Intoxikation mit Giften (siehe Neuritis retrobulbaris), bei Urämie, Schwächezuständen, Neurasthenie, Hysterie. Oft A. simuliert. **Therapie:** Bei der kongenitalen Form aussichtslos. Bei der akquirierten Behandlung des Grundleidens. Schieck.

**Amenorrhoe.** Nichteintreten oder Aufhören der Menstruation trotz geschlechtsreifen Alters ohne nachweisbare Ursache (Alter, Schwangerschaft, Kastration, Verschluss der Scheide, Ovarialneubildungen). **Ätiol.:** Fehlen oder infantiler Zustand von Uterus oder Ovarien, hochgradige Erschöpfung u. Blutarmut nach langem Stillen, bes. bei schwächlichen Personen resp. nach starken Blutverlusten während der Geburt. Atrophie der Ovarien, Hypophysistumoren, hochgradige Chlorose, Tuberkulose, Leukämie, Psychosen, Verödung des Uteruscavums nach puerperaler Metritis dissecans. **Diff.-Diagnose:** Genaue bimanuelle Untersuchung. Bei Fehlen des Uterus keine Portio, kein Corpus, vielleicht eine median gestellte flache Leiste, Ovarien nur ca. haselnussgross. Infantiler Uterus entweder sehr klein aber proportioniert, oder Cervix sehr lang u. Corpus klein, stark nach vorne abgeknickt. Auch nach langem Stillen Uterus sehr klein, atrophisch. Bei Hypophysistumoren\* Röntgenbild! Bei Verödung des Uterus infolge puerperaler Metritis Sondierung auch mit feinsten Sonde unmöglich. **Therapie:** Am wirksamsten bei normalen Genitalien, aber starker Chlorose. Hier Eisen in den verschiedensten Formen, Pil. Blaudii, tgl. 5 Pillen, Pil. aloët. ferrat., tgl. 2—4 Pillen (cf. Rp. 167—174). Ferner: Rp. Ferri lactici, Extract. Chin. aquos., Extract. Rhei compos., aa. 4,0, Extr. Nuc. vom. 1,0, Acid. arsenicosi 0,1. S. Nach dem Essen 2 mal tgl. 2—3 Pillen. Empfehlenswert der Liquor ferri album. Drees. Kohlensäurehaltige Eisen- u. Stahlbäder, Moorbäder, gute Ernährung, viel frische Luft. Marienbad u. Franzensbad bei frühzeitig amenorrhoeischen fetten Frauen. Bei Atrophie der Ovarien Ovarialtabletten, tgl. 2—3 Stück, Ovaradentriferrin tgl. 2 Tabl. Bei A. infolge zu langen Stillens Absetzen des Kindes u. kräftige Ernährung, bei Hypophysistumoren\* ev. chirurgische Behandlung. Fromme.

**Amentia.** **Ätiol.:** Manchmal ererbte Disposition. Wichtiger äussere Schädlichkeiten: Erschöpfung, Strapazen, infektiöse u. schwächende Krankheiten, Vergiftung, Inanition, Puerperium, Lactation, Operationen, Blutverluste, Trauma, Schreck, Kummer, Haft usw. **Sympt.:** Akuter Beginn nach kurzem Vorstadium nervöser Beschwerden. Schwere Verwirrtheit mit Desorientierung für Ort u. Zeit, Ratlosigkeit, Zerfall der

Ideenassoziation. Illusionäre Verkennungen. Zahlreiche Halluzinationen, bes. des Gehörs u. Gesichts. Rasch wechselnde Wahndecken, ängstlich u. heiter. Plötzliche Verkehrtheiten (Gewalttätigkeit, Selbstmordversuche). Bewegungsdrang u. Sprachverwirrtheit bis zur Tobsucht (Delirium acutum) oder traumhaft-stuporöses Wesen. Nach Wochen u. Monaten (bis ca. 1 Jahr) allmählich Aufhellung, wobei oft Reizbarkeit u. Beeinträchtigung somatische Komplikationen. Cf. Stupor. **Diff.-Diagnose:** Manie\*, Melancholie\*, manisch-depressives Irresein\* (schwere, länger gleichmässige Affektstörung im Vordergrund; Verwirrtheit höchstens episodisch bei starker Erregung). Katatonie\* u. Hebephrenie\* (nur episodisch ratlos verwirrt; bessere Auffassung; im Vordergrund Negativismus, einförmige Manieren, Wechsel von Stupor u. triebartiger Erregung), Paranoia\* (nicht verwirrt; fixe Wahnbildung), Dementia paralytica\* (somatische Symptome), epileptische\* Verwirrtheit (in Anamnese Krampf- u. Schwindelanfälle), Kollaps- u. Infektionsdelirien (kürzere Dauer; im Vordergrund deliriöse Unruhe; sonst ähnlich). **Therapie:** Strengste Überwachung, am besten in geschlossener Anstalt. Bettruhe. Reichliche Ernährung. Ev. Excitantien. Protrahierte warme Bäder (Stunden bis Tage). Als Schlafmittel Veronal 0,5—1,0 (Rp. 118), Paraldehyd 6,0—8,0 (Rp. 114). Im Notfall bei heftigster Tobsucht gelegentlich Rp. Scopolamini hydrobromici 0,001 mit Morphini mur. 0,01 subcutan. Bei Nahrungsverweigerung Sondenfütterung, Nährklystiere; ev. Kochsalzinfusionen. Raecke.

**Ammoniakvergiftung.** Gelegentlich auch durch Liniemente. **Sympt.:** Wie bei Laugen u. Säurevergiftungen. Dazu, bes. nach Inhalation, Husten, Dyspnoe, Erstickungsanfälle, Aphonie, Blutauswurf, Krämpfe. Ev. Atmungs- u. Herzlähmung. **Therapie:** Wie bei Laugenvergiftung. Bei Inhalation: frische Luft, künstliche Atmung, Sauerstoff, Excitantien (Rp. 83 ff.). Guttmann.

**Amyloidose.** Eigentümliche Degeneration der Organe, speziell des Gefäss- u. Bindegewebsanteils. Einlagerung von Amyloid (= Eiweissverbindung der Chondroitinschwefelsäure; gibt mit Lugol Braunfärbung, nachher mit 10%iger Schwefelsäure Blaufärbung). Prädilektionsstellen die Unterleibsorgane (meist zusammen erkrankt): Leber, Milz, Niere, Magen-, Darmschleimhaut. **Ätiol.:** Konsumierende Krankheiten, bes. chronische Eiterungen (auch Bronchiektasie, Pyelitis usw.), Tuberkulose, Lues, Malaria, Nephritis, Tumorkachexie; seltener ohne nachweisbare Ursache. **Sympt.:** Beschwerden wenig charakteristisch. Oft starke Durchfälle; Anämie. Leber ver-

grössert, hart, glatt, stumpfer Rand, nicht schmerzhaft; meist Fehlen von Ikterus u. Ascites. — Milz ebenso. — Bei Nieren-A. Harnmenge wechselnd, oft vermehrt, spez. Gewicht hoch, Farbe klar-gelb. Eiweissgehalt meist hoch (über 0,5—1 %). Dagegen spärliches Sediment, wenig hyaline u. granulierte Cylinder, vereinzelte Leukocyten. Häufig starker Hydrops. Keine Blutdrucksteigerung, keine Herzhypertrophie. Bei Kombination mit Nephritis (interstitiell oder parenchymatös) Symptome entsprechend modifiziert. — Bei Darm-A fast unstillbare Diarrhöen\*. — Bei A. der Magenschleimhaut Achylie\*. **Prognose:** Gewöhnlich infaust; je nach Grundleiden. Nach dessen Heilung manchmal Stillstand oder Besserung der A. **Therapie:** Behandlung der Grundkrankheit, roborierende Ernährung. Arsen (Rp. 21 ff.); Jodpräparate (Rp. 27 ff.). Sonst symptomatisch.

Beuttenmüller.

**Amyotrophische Lateralsklerose.** In wenigen Jahren bis zum Tode fortschreitende Totalerkrankung des motorischen Zentralnervensystems, meist zuerst im Halsmark auftretende Atrophie der Vorderhörner und Pyramidenbahnen mit Schwund der Ganglienzellen, allmählich sich längs der motorischen Bahnen bis zur Hirnrinde fortsetzend. **Ätiol.:** Abnorm rascher Aufbrauch funktionell minderwertigen Gewebes. Traumen sollen auslösend wirken. **Sympt.:** Meist zuerst spastische Parese u. Muskelatrophie der Hände mit Contracturbildung (Krallenhand), kompletter EaR, fibrillären Zuckungen, gesteigerten Reflexen. Bald darauf spastisch-paretische Bulbärerkrankung: Atrophie von Lippen u. Zunge mit entsprechender Artikulationsstörung, Schluckstörung. Meist spät gleiche Störung in Beinen mit Babinskireflex, Fussklonus. Subjektiv Mattigkeit, Zittern, Steifigkeitsgefühl, Zwangslachen. Keine sensiblen Störungen. **Diff.-Diagnose:** Als Kombination spastischer Spinalparalyse\* u. Bulbärparalyse\* mit spinal-bulbären Atrophien meist leicht erkennbar. Von hochsitzenden diffusen Prozessen (Myelitis, Syringomyelie, Tumoren, Tuberkulose) durch fehlende Sensibilitätsstörung unterscheidbar. Gegen multiple Sklerose (mehr verstreute Symptome, Augensymptome) bisweilen schwierig abzugrenzen. **Therapie:** Aussichtslos. Schonung, Arsenpräparate (Rp. 21 ff.), Jodkali, Galvanisation, Bäder.

S. Schoenborn.

**Anaemia acuta.** Blutarmut nach akutem Blutverlust durch äussere Verletzungen oder innere Läsionen. **Sympt.:** Blässe, Herzschwäche, Pulslosigkeit, Lufthunger, schwerer Kollaps. **Therapie:** Ursache der Blutung feststellen, Blutung zu stillen suchen. Dann Herzmittel, Kochsalzinfusion, Bluttransfusion. Cf. Blutungen.

Kaposi.

2\*

**Anaemia perniciosa (incl. Anaemia pseudo-leukaemica infantum, Leukanämie).** *Ätiol.:* Meist kryptogenetisch, sonst im Anschluss an Schwangerschaft, Geburt, Lactation, bei Magendarmkrankheiten, schlechten hygienischen Verhältnissen, nach Blutverlusten. Disposition wichtig. *Sympt.:* Haut gelblichweiss (bei Chlorose mehr rein weiss, sekundärer Anämie fahlweiss); relativ gutes Fettpolster; öfter Ödeme; Knochen oft druckschmerzhaft; ev. hämorrhagische Diathese. Akzidentelle Herzgeräusche, auch Dilatation; Hypacidität bis Achylie des Magens (auch als Ursache betrachtet worden). Urin relativ dunkel, viel Urobilin, auch Indikan. Nervöse Störungen, ev. auch Symptome von Systemerkrankungen. Am wichtigsten Blutbefund: Zahl der Roten selbst bis unter 1 Million im cmm herabgesetzt. Hb-Gehalt meist relativ höher; Eiweissgehalt, spez. Gew., Trockenrückstand usw. stark herabgesetzt; Mikro-, Poikilo-, Makrocyten, basophil gekörnte Erythrocyten; kernhaltige rote Blutkörperchen (Normo-, Megaloblasten). Am wichtigsten Megalocyten u. Megaloblasten (Rückschlag in embryonalen Typus der Regeneration), jedoch in Remissionszeiten auch fehlend. Leukocyten vermindert (bis 1000 pro cmm), relativ bes. die Neutrophilen (relative Lymphocytose); neutrophiles Blutbild normal oder überentwickelt, bei Komplikationen entsprechend. Remissionen, bes. an Magendarmkrisen; damit auch Besserungen im Blutbefunde „Blutkrise“: bes. zahlreiche Normoblasten u. punktierte Rote bei Besserung, die öfter länger (ev. Jahre) anhält. Bei aplastischer A. p. fehlt Regeneration im Mark u. daher typisches Blutbild ganz oder fast ganz. *Diff.-Diagnose:* Anaemia secundaria\*. Anaemia pseudoleukaemica infantum: Milztumor, Leberschwellung, Befund quoad Rote wie bei pernicioser Anämie (diese selbst bei Kindern noch nicht beobachtet); Leukocytose. Wenn Leukocytenbefund verändert wie bei Leukämie: Leukanämie, die selbst idiopathisch u. symptomatisch auftritt; letzteres meist bei Erwachsenen (Infektionskrankheiten, miliare Carcinose usw.). *Therapie:* Ev. Bettruhe. Darmerkrankungen behandeln (Magen- u. Darmspülungen, Darmantiseptica, mehr vegetarische Diät). Sorgfältige Ernährung überhaupt. Wenn Ätiologie klar, cf. Anaemia secundaria. Im Puerperium ev. Abort einleiten. Arsen stomachal (Levico-, Roncegnowasser oder Rp. 21, 23), besser subcutan (Rp. 22, 25); hierzu auch Clin's Natr. cacodylic. (steril in Ampullen, injektionsfertig, Anweisung dabei) oder Rp. Natr. arsenic. 0,1 Cocaïn. hydrochloric. 0,03 Aqu. bis dest. ad 10,0. S. 0,2—2,0 ccm steigend injizieren. Auf Dosishöhe (nahe der Maximaldosis) bleiben bis Besserung

(Erythrocytenzählung). Bei Intoxikation rasch absteigen. Wiederholen der Kur. O<sub>2</sub>-Inhalationen. Arneth.

**Anaemia secundaria.** *Ätiol.:* Chronische Blutverluste („okkulte“ bei Ulcus ventriculi u. duodeni, Carcinoma ventr., Nephritis usw.), auch einmalige, dann schwere Helminthiasis, Unterernährung, ungünstige hygienische Verhältnisse, Infektionen (bes. Malaria, Lues, Sepsis), Konstitutionskrankheiten. Bei Kindern Wachstums-, Schul-, Entwicklungsanämie, (auch kongenitale). Ferner Magendarmerkrankungen, maligne Tumoren, Hämoglobinämie, Bleivergiftung. Für Ausbildung der Anämie massgebend Blutregenerationsfähigkeit des Organismus, Alter, Resistenz. *Sympt.:* Blutbefund a) einfach anämisch: Hb u. Erythrocytenzahl mehr gleichmässig herabgesetzt, Mikro-, Makro-, Poikilocyten, polychromatische, auch kernhaltige Rote. Leukocytenbefund eminent verschieden (s. einzelne Erkrankungen). b) genau wie bei perniziöser Anämie\* quoad Rote, Weisse je nach Grundkrankheit. Beobachtet bei Bothriocephalus, Ankylostomum (auch Eosinophilie bei beiden), Malaria, Lueskachexie, malignen Tumoren, (bes. wenn Knochenmarksmetastasen) Achylia gastrica, chron. CO-, Pb-, As-Vergiftung, selbst bei Typhus, Pneumonie, Sepsis. Zwischen a und b alle Blutbefundübergänge. Haut u. Schleimhäute anämisch. Kurzatmigkeit, Müdigkeit, Mattigkeit, reizbare Nervenschwäche (neurasthenische bzw. hysterische Beschwerden aller Art). Ev. akzidentelle Geräusche am Cor, Dilatation u. relative Klappen-Insuffizienzen, kleiner frequenter Puls, leicht Herzklopfen. Ödeme, öfter Milz vergrößert. *Therapie:* Grundleiden beseitigen. Wenn Anämie zurückbleibend, kräftigende Ernährung, hygienisch einwandfreies Leben (Sonne, freie Luft, Bewegung), gemischte Diät, bes. eisenhaltige Speisen, Obst, frische Gemüse. Eisen- u. Eisenarsenmedikamente: Rp. 168, 169, Pilul. Blandii rec. parat. 3 mal tägl. 2—3 Stück nach dem Essen, Ferr. oxydat. sacchar. mehrmals  $\frac{1}{2}$  Teel. tägl., Rp. 21, 23, 24, 172, 173 usw. oder Eisen- oder Arsenwasser (am besten im Badeort). Widerstandsfähige u. torpide Fälle ins Hochgebirge oder an Nordsee (nicht Erethische, Herzkranke, Arteriosklerotiker), sonst Mittelgebirge, Ostsee. Bei sehr Empfindlichen, Reizbaren Binnenhöhen, Süden (im Winter) bevorzugt. Kinderanämien ähnlich hygienisch-diätetisch-medikamentös behandeln, ev. Kur in Seesanatorium, -Hospiz. Arneth.

**Aneurysma aortae.** Sackförmig, zylindrisch, spindelförmig. *Ätiol.:* Arteriosklerose, Lues, Trauma. *Sympt.:* Im Latenzstadium (auch hier schon Ruptur möglich): dumpfe Schmerzen, Schluckbeschwerden, Reizhusten, Atemnot, Heiser-



keit, Gefäßgeräusche. Mit Wachstum Anliegen an Brustkorb. Dämpfung über Brustbein, Pulsation im Jugulum, in Inter-costalräumen, bis Knochenusur, Haut verdünnt, Nekrose, Durchbruch. Verdrängungs- u. Kompressionserscheinungen (je grösser das Aneurysma, um so gleichartiger, darum dann Lokalisation schwieriger): 1. Herzverlagerung, Pulsverspätung u. -Ungleichheit, systolisches Geräusch über A. (Übergang von eng zu weit), auch Ton (langsamer Übergang, Thromben), auch diastolisches Geräusch (relative Aorteninsuffizienz, Atherom). Recurrenslähmung\*, Bronchostenose\*, Lungenatelektase\* (bes. linke Spitze), schwerste Neuralgien (Druck auf Nerven), Parästhesien. 2. Speiseröhrenverengung, subjektive Schlingbeschwerden, jedoch meist ohne Erbrechen, Singultus (Druck auf Phrenicus), Erbrechen (auf Vagus), umschriebene, halbseitige Schweisse (auf Sympathicus) ev. mit Pupillendifferenz, Ptosis; Trachealpulsation = Oliver-Cardarellis-Zeichen (Kopf nach hinten, dann Trachea seitlich oder Kehlkopf nach oben schieben). — Speziell bei A. an Aorta ascendens: Dämpfung rechts vom Sternum, Pulsation im 1. u. 2. rechten Interkostalraum, Herzverschiebung nach unten links (Spitzenstoss), sämtliche Pulse gegen Spitzenstoss verspätet; bei Druck auf Pulmonalis (r. Herz dilatiert u. hypertrophisch), deren Anfang erweitert; bei Druck auf obere Hohlvene: Venenstauung (Hals, Brust) bis Ödembildung. — Am Arcus aortae: Sternumdämpfung, Pulsation im Jugulum fühlbar (Finger tief einführen), ev. auch im Inter-costalraum links; Herz nach unten u. links verdrängt; bei Sitz vor linker Carotis Radialpuls rechts früher fühlbar als links u. an Femoralis; bei Sitz zwischen Carotis u. Subclavia nur Radialpuls links früher als Femoralpuls; Recurrenslähmung u. Bronchostenose links; Druck auf V. anonyma. — An Aorta descendens: nur Femoralpuls später u. schwächer, Bronchostenose links, Ösophagusstenose, Druck auf V. azygos bzw. hemiazygos, ev. Pulsation links neben Wirbelsäule (Usur usw.) — An Aorta abdominalis: Palpation (Becken hoch; vorher abführen); Femoralpuls später, ev. schwächer, systolisches Geräusch; Wirbelsäuleschmerzen bes. heftig. **Diff.-Diagnose:** Cave Verwechslung mit oft starker normaler Aortenpulsation (bes. bei Gastropiose). Immer Röntgenuntersuchung (Schirm), am wichtigsten schräge Durchleuchtung (von L H nach R V): bei ca. apfelgrössem A. zeigt das normale parallelrandige Aortenschattenband (bei allgemeiner Dilatation plumper, breiter, aber parallelrandig bleibend) oben Anschwellung (Keulenform), entweder beiderseits oder mehr gegen das Lungenfeld oder gegen Wirbelsäule (wenn mit dieser Konfluenz, andere Anhaltspunkte gegen Mediastinaltumor\* nötig). Allseitige Pulsation bei sagittaler Durchleuchtung oft fehlend

(Thrombenbildung). Bei grossem A. Röntgen oft nicht ausreichend gegen Mediastinaltumor\*. **Therapie:** Körperliche u. geistige Ruhe, leichte Kost, regelmässiger Stuhl, weniger Flüssigkeit; vor allem Jod (Rp. 27—29), bes. bei Lues, dann auch Schmierkur. Jodoform-Collodium (Rp. 185) äusserlich. Bei Schmerz symptomatisch (Eisblase). Gelatineinjektion (Rp. 108), Galvanopunktur, Operation, Entziehungskuren mit Aderlass gefährlich bzw. zweifelhafte Resultate. Arneth.

**Aneurysma, peripheres.** *Ätiol.:* Stich-, Schussverletzungen, namentlich Prellschüsse; früher öfter beim Aderlass (A. arteriovenosum); nicht selten beim Entstehen oder Einrichten von Luxationen; nicht traumatisch bei Syphilitikern u. Arteriosklerotikern. *Sympt.:* Meist rundliche Vorwölbung, sicht- u. fühlbar pulsierend, Hand fühlt Reiben oder Schwirren; mit Stethoskop systolisches oder kontinuierliches (bei A. arteriovenosum) sausendes Geräusch. Peripherer Arterienpuls fehlt oder schwächer als andere Seite. Pulsation sistiert bei Druck auf zuführende Arterie. Befallen können sein neben Aorta (S. 21) alle Arterien, am häufigsten Extremitätengefässe, dann Carotis, Subclavia. *Komplik.:* Parästhesien, Schmerzen durch Druck auf Nerven, Thrombosen u. Embolien (selten), häufiger schwere Blutungen durch Ruptur. *Diff.-Diagnose:* Bei ausgesprochenen Symptomen leicht; zu unterscheiden echtes A. von falschem u. A. arterio-venosum, sowie von pulsierenden Tumoren (Sarkome, Abscesse über Arterien werden nur Pulsation mitmachen, lassen aber keine Geräusche hören). Über A. arterio-venosum kontinuierliches (systolisches u. diastolisches) Geräusch. *Therapie:* Operativ: Ligatur des zu- und abführenden Gefässes u. Entfernung des Sackes; wenn möglich Sack extirpieren u. Naht der Gefässstümpfe. Unsicher ist Ligatur nur des zuführenden oder abführenden Stammes. In seltenen Ausnahmen Amputation nötig. Nichtoperativ: Viele Stunden lange digitale oder instrumentelle Kompression des zuführenden Gefässes. Nicht ungefährlich subcutane Gelatineinjektion (Rp. 108) oder Injektion gerinnungmachender Substanzen, Galvanopunktur. Kaposi.

**Angina.** *Ätiol.:* Idiopathische Infektion, vielleicht allgemeiner Natur, namentlich bei Gaumenmandelhypertrophie\*; Begleit- u. Folgezustand von Influenza, Scharlach (Scharlachdiphtheroid ev. mit Nekrosen), Septicopyämie, Erysipel; gelegentlich nach Nasenoperationen, speziell Galvanokaustik der unteren Muscheln. *Sympt.:* 1. Entzündliche Rötung und Schwellung der Rachenorgane (Mandeln, Gaumen; A. katarrhalis). Auf den Mandeln ev. gelbliche Sekretpfropfe (A. lacunaris), bei deren Konfluieren Belag, der nicht anhaftend, ohne Blutung ab-

ziehbar ist. Mitunter sofort fibrinöse, fest anhaftende Pseudomembran (A. fibrinosa). Schluckweh häufig mit Stechen im Ohre. 2. Fieber, bei Kindern bis 40° und mehr; allgemeine Mattigkeit und Abgeschlagenheit. 3. Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, bei Kindern oft bei Beginn Erbrechen. **Komplik.:** Peritonsillitis\*, Otitis media acuta\*, seltener Gaumensegellähmung\*, Glottisödem\*, Lymphangitis u. Abscess der Halslymphdrüsen, Nephritis acuta\*, Polyarthrits rheumatica acuta\* (vielleicht Anfangsmanifestation desselben), Septicopyämie. **Diff.-Diagnose:** Diphtherie\* (bakteriologische Untersuchung; Fieber, örtliche u. allgemeine Beschwerden bei Angina gewöhnlich stärker, Farbe der Beläge, Verlauf), A. syphilitica\* (kein Fieber, Allgemeinbefund), A. Vincenti\*, Scharlachdiphtheroid. **Therapie:** Flüssige Diät (Fieberdiät), ev. leichte Abführmittel, Antipyretica, Schweigen, Ruhe, bei Kindern Bettruhe. Lokal: warme, auch Priessnitzsche Halsumschläge, Gurgelungen, auch Pinselungen mit 2 % Borsäurelösung, verdünntem Wasserstoffsperoxyd (2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser), Perhydrol (6 bis 10 Tropfen auf 1 Glas Wasser), sämtlich stubenwarm. Neumeyers Anginapastillen. Streupulver auf die Tonsillen aufblasen (Rp. 4). Bei stärkerem Schluckweh Eispillen. Bei Diphtherie-Verdacht Seruminjektion.

Max Senator.

**Angina pectoris.** Anfallsweises Druck- oder Schmerzgefühl in der Herzgegend mit Herzangst. **Ätiol.:** Meist Coronarsklerose\* mit starker Verengung der Arterien. Seltener bei Myo- u. Perikarditis. Auslösung der Anfälle durch alle Momente, welche Herzarbeit vermehren („intermittierendes Hinken des Herzens“); im Schlafe durch Nachlassen des Blutdruckes. Ähnliche Anfälle auch auf nervöser Basis, bei Alkohol- u. Tabakmissbrauch (A. p. nervosa); ev. gleichzeitig mit ausgedehnten peripheren Gefässkrämpfen (A. p. vasomotoria). **Sympt.:** 1. Bei A. p. vera (meist ältere Individuen) beginnt Anfall entweder mit Vorböten (Druck, Schweissausbruch, Angstgefühl) oder plötzlich mit heftigem, oft unerträglichem Brustschmerz u. Vernichtungsgefühl. Schmerz strahlt aus nach Rücken u. Armen (bes. links). Ausstrahlung nach dem (oder primäre Lokalisation im) Epigastrium täuscht häufig abdominale Schmerzanfälle vor. Oft Ohnmacht; verfallenes Aussehen, kühle Extremitäten, kalter Schweiss. Meist völlig ruhiges Verhalten, keine Dyspnoe. Herz manchmal im Anfall dilatiert; oft Pendelrhythmus (Embryokardie). Puls wechselnd, meist klein u. beschleunigt, nicht selten irregulär; manchmal Blutdruck erhöht. Dauer Minuten bis Stunden. Häufigkeit äusserst verschieden. 2. Bei A. p. nervosa (meist jugendliches Alter) Beschwerden ähnlich, doch gewöhnlich nicht so heftig. Häufig Bewegungsdrang im Anfall. Keine objektiven Veränderungen am Herzen.

Sonstige Symptome der Nervosität. Auslösung durch stark wechselnde Momente (Beteiligung von Phobien!) bei manchmal grosser körperlicher Leistungsfähigkeit. 3. Bei A. p. vasomotoria (bes. nach starker Abkühlung) Blässe, Kälte u. Gefühllosigkeit der Extremitäten, heftige Oppression. **Diff.-Diagnose:** A. p. vera eher anzunehmen bei organischen Herzaffektionen, Arteriosklerose, Herzschwäche im Anfall. Gegenüber abdominalen Schmerzen wichtig das starke Angstgefühl, Zunahme der Schmerzen bei Bewegung, objektiver Herzbefund. **Prognose:** Sklerose ernst; in schwerem Anfall häufig Exitus. Günstiger bei anderen Formen, bes. der nervösen. **Therapie:** Fernhaltung von auslösenden Momenten. Im Anfall Ruhe, Sinapismen, heisse Hand- u. Fussbäder. Alkoholica; Tinct. valer., Spir. aether. 30 Tropfen. Dionin (Rp. 136). In schweren Fällen Morphiuminjektion; dann stets gleichzeitig Analeptica. Bei Herzschwäche Kampfer, Coffein subcutan, Digalen intravenös (Rp. 43, 55, 51). Beim Herannahen des Anfalles, auch zu längerem Gebrauch: Nitroglycerin (Rp. 58, 3—5 Tropfen); Natr. nitros. (Rp. 57). Behandlung der Arteriosklerose\* u. Herzinsuffizienz\*. Auch längerer Gebrauch von Diuretin (Rp. 67, 3 mal einen Esslöffel) empfehlenswert. Neuerdings Thermopenetration sehr gerühmt. — Cf. Coronarsklerose, Herzneurosen. Beutenmüller.

**Angina syphilitica.** *Ätiol.:* Allgemeininfektion; häufig erste Manifestation derselben. *Sympt.:* 1. Weisslich mattglänzende, bei längerem Bestehen oberflächlich ulcerierende flache Schleimhautflecke, sog. Plaques muqueuses (wie Höllensteinätzung) der geröteten, geschwollenen Mandeln u. ihrer Nachbarschaft, sowie der Mund- u. Wangenschleimhaut, des Lippenrotes, des Zahnfleisches, der hinteren Rachenwand, der Zunge. 2. Sprach- u. Schluckbehinderung, vermehrter Speichelfluss, mitunter Foetor ex ore, schmerzlose Schwellung der Halslymphdrüsen. **Diff.-Diagnose:** Allgemeinuntersuchung, Spirochäten, Wassermannsche Reaktion. Diphtherie, Angina, Mykosen, Angina Vincenti, Herpes. **Therapie:** Allgemeinbehandlung: Lokal reizlose Diät, nicht Rauchen, kein Alkohol, keine sauren oder gewürzten Speisen, Mund- u. Zahnpflege namentlich nach den Mahlzeiten, reizlose Gurgelungen mit Wasserstoffsperoxyd, Alaun, essigsaurer Tonerde, Pinselungen mit Lugolscher oder ähnlicher Lösung (Rp. 190—192). Ätzung mit Chromsäure in Substanz an Sonde angeschmolzen oder konzentrierter Lösung. Streupulver (Rp. 4).

Max Senator.

**Angina tuberculosa.** *Ätiol.:* Lungen- oder sonstige schwerere Tuberkulose, gewöhnlich im Endstadium derselben, äusserst selten primär (Fütterungstuberkulose). *Sympt.:* 1. Auf der blassen anämischen Mandeloberfläche, sowie sonstigen

Mundschleimhaut (Zunge u. Rachenhinterwand), flache, torpide Ulcera mit unscharfen Rändern u. trägen Granulationen; daneben hirsekorn-grosse Knötchen (miliare Tuberkel). 2. Sehr starke Schluck- u. Sprachbeschwerden, daher Inanition, Decrepitität u. Macies stärker als sonst im entsprechenden Stadium der Tuberkulose. **Komplik.:** Tuberkulose anderer Organe, z. B. des Kehlkopfes, gewöhnlich schon vorher. **Diff.-Diagnose:** Lupus (lokal mitunter nicht zu unterscheiden, daher Verlauf u. Allgemeinerscheinung wesentlich; Lupus gewöhnlich beschwerdefrei, Epidermis). **Therapie:** Behandlung des Grundleidens u. des starken Schluckwehes (Erfolg meist gering). Flüssige, reizlose Diät, Eispillen, Streupulver (Rp. 4, 6), Pinselungen der Ulcera mit 50 % Acid. lactic.; schliesslich Morphinum (Rp. 131, 132).

Max Senator.

**Angina Vincenti.** Fast nur bei Erwachsenen. **Ätiol.:** Infektion mit Plaut-Vincentischem Bacillus fusiformis nebst charakteristischen Spirillen. **Sympt.:** 1. Auf Gaumenmandeln membranöser, schmieriger, fetziger Belag, ähnlich der Diphtherie, in Geschwür übergehend, das schmierig belegt, unregelmässig geformt, oft auf Gaumenbögen übergreifend; letzteres Stadium dem syphilitischen Ulcus ähnelnd. 2. Fötider Atem, Schluckweh. 3. Allgemeine Mattigkeit, Fieber bis 38,5, belegte Zunge, meist leicht schmerzhaftes Schwellung der Halslymphdrüsen. **Diff.-Diagnose:** Bakteriologische Untersuchung. Diphtherie\*, Angina syphilitica\* oder ulcerierte Gummata (Allgemeinuntersuchung, Spirochaete pallida, Wassermannsche Reaktion). Stomatitis ulcero-membranacea (vielleicht nur Teilercheinung dieser?). **Therapie:** Wie bei Angina\*.

Max Senator.

**Angiokeratom.** **Sympt.:** Meist im Anschluss an Frostbeulen hornige warzenartige, stecknadelkopf- bis linsengrosse Erhebungen, auf deren Grunde ganz feine purpurrote Blutpunkte sichtbar. Bes. an dorsalen Flächen der Hände u. Füsse, selten an Ohren u. Hodensack. Hände meist ziemlich stark gedunsen, mit cyanotischer Verfärbung, Hyperhidrosis, geringem Jucken. **Diff.-Diagnose:** Bei Verrucae fehlen durchschimmernde Blutpunkte. **Therapie:** Kleine Herde mit Mikrobrenner (an glühendem Platin angeschweisster Kupferdraht) ausbrennen; grössere mit Schere excidieren.

M. Joseph.

**Angioma.** Bei **A. simplex** handelt es sich um angeborene Geschwülste von hellroter (Naevus flammeus) oder weinroter (Naevus vinosus) Farbe, entweder flach mit glatter Oberfläche (**A. laeve**) oder uneben, über die Oberfläche erhaben (**A. prominens**). Zahl der Tumoren verschieden. Bevorzugt Gesicht u. behaarter Kopf, fötale Spalten; häufiger bei Frauen.

Meist wächst A. mit Zunahme des betr. Körperteils; andere Male Ausbreitung in die Peripherie, während Zentrum atrophiert (A. serpiginosum). Ebenso selten ist multiple eruptive Ausbreitung von Angiomen. Subjektiv nur kosmetische Verunstaltung. **A. cavernosum**, nicht angeboren, entsteht erst im späteren Leben. Weiche, nachgiebige Geschwülste, die sich durch Druck entleeren lassen. Cutan u. subcutan, circumskript abgekapselt oder diffus. Hasel- bis walnussgross, selten grösser. Im Anschluss hieran zuweilen elephantiasische Verdickung der betr. Körperteile (Angioelephantiasis). **Therapie:** Am besten Elektrolyse, Thermokauter, Kohlensäureschneemethode, Heissluftkauterisation, Röntgenstrahlen. Nur bei grossen Geschwülsten ev. Excision mit Naht. Beim A. cavernosum Einspritzungen von Alkohol oder Carbolsäure. M. Joseph.

**A. arteriale racemosum.** Federkieldicke pulsierende Gefässstränge, den Arterienausbreitungen entsprechend, Lieblingssitz Kopf. Oft Schmerzen, Kopfsausen, Gefahr schwerer Blutungen. **Therapie:** Schwierig, da selbst ausgedehnte Gefässunterbindungen selten erfolgreich. Kaposi.

**Angstzustände.** **Ätiol.:** Bei angeborener oder erworbener psychopathischer Konstitution (endogene Nervosität, erworbene Neurasthenie, Hysterie), oft ausgelöst durch autotoxische Vorgänge (z. B. Magendarmstörungen), Zirkulationsstörungen, reflektorische Reize (Nasenrachenerkrankung, Eingeweidewürmer, Sexualempfindungen), psychische Vorgänge, z. B. Erwartung besonderer Ereignisse (Examen, Ehe, öffentliches Auftreten); ferner bei organischen Herz- u. Gefässerkrankungen (Angina pectoris), als Begleiterscheinung bei Zwangszuständen\* u. vielen Psychosen, bes. Melancholie, senile u. arteriosklerotische Geistesstörungen. **Sympt.:** Direkte Äusserungen u. Klagen der Kranken, Gesichtsausdruck, wechselnde Gefässfüllung der Wangen, Abwehrbewegungen, ängstliche Starre oder Unruhe der willkürlichen Muskulatur, tiefe u. unregelmässige Atmung, Contraction der glatten Muskulatur, Puls frequent u. oberflächlich (Blutdrucksteigerung). Lokalisation der Angstzustände in verschiedenen Körperregionen (Herz, Magen, Kopfdruck). Verlangsamung der Sprache u. des Denkens. **Komplik.:** Nahrungsverweigerung, Schlaflosigkeit, Selbstmordtrieb, gewalttätige Handlungen gegen andere; manchmal Verwirrtheit, erklärende Halluzinationen, Wahnideen. **Diff.-Diagnose:** Primäre Stuporzustände oder motorische Unruhe bei Katatonie, zornige Erregung bei Epileptikern, primäre Verwirrungszustände mit Erregung, hypochondrische Klagen. **Therapie:** Behandlung der Grunderkrankung, namentlich Magendarm-, Herzleiden. Symptomatisch Regelung der Darmtätigkeit, Kissinger oder Karlsbader Kur, in Intervallen wiederholt. Zur Kupierung der

Anfälle Opium (Tinktur bis zu 20 Tropfen oder Pulver bis 0,1; 3—5 mal täglich, solange steigend bis Angst verschwindet dann Dosis allmählich herabsetzen, nicht über 0,7 Pulv. Opii pro die!), oder Herzmittel; häufig wirkt gut Kombination beider (Tinct. Opii, Tinct. Strophanthi  $\text{aa}$  7,5; 3—5  $\times$  tgl. 10 Tropfen), Nitroglycerin (Rp. 58). Bei beginnender Arteriosklerose Jodpräparate. Bei länger dauernder, hochgradiger Angst u. Selbstmordneigung Anstaltsaufnahme. (Cf. Melancholie.) Isolieren bei ängstlicher Erregung vermeiden! In einzelnen Fällen warme Bäder (30° C) von  $\frac{1}{2}$ —1stünd. Dauer. Bei attackenweise auftretenden Angstzuständen Gewöhnung an chronischen Alkohol- oder Morphinumgenuss verhüten! L. W. Weber.

**Anhidrosis.** Fehlen der Schweisssekretion. *Ätiol.:* Folge eines angeborenen, anatomischen Defektes (ein Fall von Tändlau) oder durch funktionelle Störungen der Schweissdrüsen bei einigen Dermatosen (Ichthyosis, Psoriasis, Xeroderma pigmentosum) oder schweren Allgemeinerkrankungen (Lepra, Diabetes, Carcinom) oder Nervenerkrankungen (Hemiatrophia facialis progressiva, Rückenmarksverletzungen an gelähmten Teilen). *Therapie:* Aussichtslos; ev. Pilocarpin-Einspritzungen (Rp. 64).

M. Joseph.

**Anilinvergiftung.** *Sympt.:* Kopfschmerzen, Schwindel, Schwäche, Dyspnoe, Cyanose, Temperaturabfall, Schüttelfröste, Strangurie, braunschwarze Verfärbung des Urins (Blut, Methaemoglobin), Krämpfe, Koma. *Therapie:* Bei Inhalation frische Luft, Sauerstoff, Aderlass, Kochsalzinfusion, Excitantien (k in Alkohol!). Bei Aufnahme per os Magenspülung, salinische Abführmittel (Natr. sulfur. tee- bis esslöffelweise; kein Rizinusöl!).

Guttmann.

**Ankyloglossa.** Abnorme angeborene Fixation des Zungenbändchens. Zunge kann nicht vorgestreckt werden, Saugen gewöhnlich nicht behindert. *Therapie:* Zunge auf Myrtenblattsonde empordrängen, und unter ihr das Bändchen mit der Schere einschneiden; auch bei Neugeborenen ungefährlich.

Kaposi.

**Ankylosen u. Contracturen.** Contracturen bedingt durch Kräfte ausserhalb des Gelenkes, z. B. Muskelschrumpfung, Narbenzüge, ungünstig liegende Callusmassen; auch können zentrale Einflüsse spastische Contracturen bedingen. — Ankylosen, bedingt durch Veränderungen im Gelenkinnern (Schrumpfung, Verwachsungen, Zerstörungen nach Entzündungen). Totale u. partielle, bindegewebige, knorpelige, knöchernen A. Letztere drei Arten können in demselben Gelenk gleichzeitig auftreten. Ankylosis ossea (Synostosis) erlaubt gar keine, die beiden anderen mehr oder weniger Bewegung. — Für

die Funktion ist Art u. Stellung des erkrankten Gelenkes wesentlich. In Streckstellung ankylosiertes Kniegelenk ist brauchbar, Ellenbogengelenk nicht; knöchern ankylosiertes Schultergelenk hindert Funktion des Armes gänzlich, im rechten oder stumpfen Winkel ankylosiertes Fussgelenk hindert Brauchbarkeit des Beines sehr wenig usw. Cf. ischämische, Narben- u. Dupuytren'sche Contractur. **Therapie:** Bei Behandlung aller Gelenkaffektionen, die zu einer Contractur bzw. Ankylose führen können, durch geeignete Massnahmen Ausbildung derselben verhüten! Hierzu Massage, Streckverbände, Heissluftbehandlung, Wechsel der Gelenkstellung, bei steter Rückkehr zur funktionstüchtigsten usw. Ist es zur Contractur gekommen, dann hilft in vielen Fällen zweckmässige Extensionsbehandlung; luftverdünnte Apparate, wie der Stiefel von Junod, wirken analog. Bei tatsächlichen Verkürzungen der Gewebe helfen oft Durchschneidungen der hinderlichen, geschrumpften Stränge mit folgender Plastik. Bei ausgebildeten Ankylosen Versuch schlechte Stellung, manuell oder instrumentell, zu beseitigen. Unterstützung durch Massage, Heissluft, Stauungshyperämie. Brisement forcé (mit der Hand oder bes. Apparaten) nur bei nicht infektiösen Prozessen, weil Gefahr, dass die alte Infektion wieder angefacht wird. Nicht unzweckmässig ist es, sich zunächst mit Teilerfolg zu begnügen, der nachher verbessert wird. Im Bedarfsfalle Osteotomie bzw. Resektion. Letztere vermeidet man möglichst bei jugendlichen Patienten, da allzu leicht der Nahtknorpel verletzt wird u. Wachstumsstörungen entstehen. Je nach Stellung des Gelenkes lineare oder keilförmige Osteotomie. — Beim Erwachsenen u. bei zu schlechter Gelenksstellung Resektion indiziert; damit verbunden Trennung hindernder Gewebsstränge, Abmeisselung von Callusmassen usw. Bei Nachbehandlung Vorsicht betr. Ausbildung eines Schlottergelenks, namentlich bei Affektionen auf nervöser Basis. Leser.

**Ankylostomiasis.** Bedingt durch Ankylostomum duodenale im oberen Dünndarm. Männchen 7—12, Weibchen 7—16 mm. Eier oval, zartschalig, mit 2—4 Furchungskugeln. Die im Wasser lebenden encystierten Larven dringen per os, ev. auch durch die Haut ein. **Sympt.:** Zuweilen ganz symptomlos. Oft Magendarmstörungen u. hochgradige perniciöse Anämie („Wurmkrankheit der Bergarbeiter“, „tropische Chlorose“ usw.). **Diff.-Diagnose:** Im Stuhl charakterist. Eier u. Charcotsche Kristalle. **Therapie:** Extr. Filicis 10,0 am besten in Kapseln à 1,0, nach dem Frühstück (ohne Vorkur); 2 Stunden darauf 1—2 Essl. Ricinusöl. Oder Thymol, 2stdl. 1,0—2,0 in Oblaten bis zu 10,0 pro die (Urin danach dunkel!); ev. zu wiederholen. Behandlung der sekundären Anämie\*. Prophylaxe!

Guttman.



**Anorexie** = Starke Herabsetzung oder völliger Verlust des Appetits. *Ätiol.*: Akute Infektionen, Herz-, Leber-, Nierenleiden, Gastritis u. Enteritis, Obstipation, Carcinoma ventriculi u. a. Organe, Anämie, Chlorose, Phthisis incipiens, bei Rauchern. Ferner bei nervöser Dyspepsie, Neurasthenie, Hysterie, auch selbständig (A. nervosa nach psychischen Traumen, Ekel usw.). *Sympt.*: Bei A. nervosa Widerwillen gegen Nahrungsaufnahme, oft bis zum Brechreiz; manchmal hochgradige Abmagerung. Ausheberung ergibt normale Funktionen (manchmal nervöse Schwankungen, selten Superacidität). *Diff.-Diagnose* s. oben. Nervöse A. nur per exclusionem. Cave Verwechslung mit Phthisis incipiens u. Nahrungsverweigerung wegen Magenschmerzen! *Therapie*: Grundkrankheit! — Schmackhafte Küche. Symptomatisch Amara Rp. 158, 162, 164; ferner Rp. Tinct. Gent., Rhei vin., Chin. comp., Calami oder amara, kaffeelöffelweise; Extr. Condurango fluid. ½ Kaffeelöffel, Extr. Chin. Nanning 15—25 Tropfen vor den Mahlzeiten; Orexin (Rp. 163). Bei Sub- u. Anacidität Salzsäure oder Acidol ev. mit Pepsin (Rp. 153—157), Strychnin (Rp. 151) oder Rp. Tinct. Nuc. vom. 10,0, Tinct. Rhei. vinos. 20,0 S. 3 × tgl. 20 Tropfen ½ Stunde vor dem Essen. In schweren Fällen rectale Ernährung (Rp. 211). Bei Obstipation\* Purgantien (Tinct. Rhei aquosa esslöffelweise), diätetische Behandlung. Bei A. auf nervöser Basis dazu: Beseitigung der schädlichen Momente, Allgemeinbehandlung, Luftveränderung ev. Sanatorium; Suggestion; gemischte Kost. Chinin, Arsen: Rp. Chin. hydrochl. 5,0, Extr. Strychni 0,5, Extr. Gent. q. s. u. f. pil. Nr. 50. S. 3 × tgl. 1—2 Pillen. — Rp. Chin. hydrochl. 10,0, Acid. arsenicos., 0,1, Extr. Strychni 1,0, Succ. et Pulv. Liquir. q. s. u. f. pil. Nr. 100. S. 3 mal täglich 1—2 Pillen.<sup>?</sup>  
Beutenmüller.

**Anteflexio, Anteversio uteri.** Uterus nach vorn abgeknickt (Anteflexio) oder in gestreckter Form dauernd nach vorn liegend (Anteversio). *Ätiol.*: Infantiler Uterus, Metritis, entzündliche Infiltration u. Narbenbildung in den Douglasschen Falten; perimetritische Adhäsionen. *Sympt.*: Dysmenorrhoe; Sterilität; Urinbeschwerden, namentlich während der Menstruation; Kreuzschmerzen; mitunter Schmerzen bei Defäkation u. Coitus. *Therapie*: Behandlung der Metritis\*, ev. Dehnung der Adhäsionen durch elastischen Zug (mittelst einer in die hintere Muttermundlippe eingesetzten Kugelzange).  
Kayser.

**Antimonvergiftung.** Bes. Tartarus stibiatus. *Sympt.*: Brennen im Mund, Schlund, Magen. Metallgeschmack. Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Leibschmerzen. Kältegefühl, Cyanose,

Krämpfe, Kollaps. Bei chron. Vergiftung Stoffwechselstörungen, Organdegenerationen, Hautentzündungen usw. **Therapie:** Magenspülung (ev. mit 2 % Tannin), schleimige Getränke, Milch, Eiweiss, Eispillen, Opium. Wärmflaschen, Excitantia, Cardiaca (Rp. 47 ff.). Chron. Vergiftung wie chron. Arsenvergiftung. Guttman.

**Anurie.** Fehlen jeder Urinentleerung. **Ätiol.:** Ev. schwerste Erkrankung beider Nieren, mit Gewebsdegeneration. Häufiger Nephrolithiasis\*, wenn beide Ureteren durch Steine verlegt. Vereinzelt tritt A. ganz unerwartet, ja ohne dass Nierenerkrankung bekannt war, auf: sog. reflektorische A.; nur anzunehmen, wenn ein Ureter sicher frei für Urinabfluss war; meist nach Nierenoperationen, zuweilen auch nach anderen Eingriffen in Chloroformnarkose (schwere Veränderungen der Nierenepithelien!). A. auch bei grosser Herzschwäche, selbst als vorübergehendes Symptom bei Hysterie. Schliesslich bei Verlegung der Harnröhre, jedoch in anderem Sinne (Harnverhaltung). **Sympt.:** Fehlen jeder Urinentleerung, wozu nach 24—48 Stunden urämische\* Erscheinungen. **Prognose:** Ungünstig, wenn nicht Hindernis bald spontan oder operativ beseitigt. **Therapie:** Behandlung eines ev. Nierenleidens. Bei Nierensteinen nach Cystoskopie u. Ureterenkatheterismus behufs Feststellung der ev. Wegsamkeit eines Ureters, Freilegung einer oder beider Nieren u. Ureteren, um hindernden Stein nach oben zum Nierenbecken herauszuschaffen oder nach der Blase hinabzustossen oder zu exstipieren, worauf Naht oder Tamponade der Ureterenwunde. Bei Herzinsuffizienz u. Hysterie Behandlung des Grundleidens. Bei reflektorischer Anurie Versuch, beide Nieren freizulegen u. fibröse Kapsel abzuziehen. Bei Harnverhaltung Katheterismus. Cf. Harnröhrenstrikturen, Prostatahypertrophie. Leser.

**Aortitis acuta.** Entzündung des Aortengewebes, meist im Anschluss an akute Infektionskrankheiten; sehr selten. **Sympt.:** Heftiger Schmerz hinter den oberen Sternalpartien, Oppressionsgefühl, Pulsbeschleunigung; schweres Krankheitsbild. **Therapie:** Ruhe, Eisbeutel, ev. Analeptica.

Beuttenmüller.

**Aphthen.** **Ätiol.:** Mangelhafte Mundpflege, Hineinstecken unreiner Gegenstände, Schmierinfektionen. **Sympt.:** 1. Fibrinöse Exsudationen in das Mundepithel (Lippen, Zunge, Wangen, Gaumen) in Gestalt unregelmässiger, stecknadelkopfbis erbsengrosser, manchmal konfluierender grauweisser Plaques. Umgebende Schleimhaut gerötet u. geschwollen. 2. Speichelfluss, Anschwellung der Unterkieferdrüsen, Fieber. **Diff.-Diagnose:** Lokalisation auf den Tonsillen kann Diphtherie vor-

täuschen. Nachweis der A. an anderen Stellen (s. o.), bakteriologische Untersuchung! **Therapie:** Spülen bzw. Ausspritzen des Mundes mit 2 % Bor- oder 3 % Wasserstoffsuperoxydlösung u. Pinseln mit 3 % Karbolsäure (letzteres nur durch Arzt). Gekühlte, flüssige Nahrung. Prognose gut. Isolieren, um Infektion Gesunder durch Kontakt zu verhüten. — Cf. Bednarsche Aphthen. Hasenknopf.

**Apoplektiforme Anfälle.** Mit echten apoplektischen Anfällen (cf. Apoplexie) vergleichbar ist jede mit Bewusstseins-trübung einhergehende anfallsweise Erkrankung. **Sympt.** u. **Diff.-Diagnose:** Gewöhnlicher Typus: plötzlich einsetzende, kürzere oder längere Bewusstseinsstörung bei gedunsenem Gesicht, stertoröser oder Cheyne-Stokesscher Atmung, häufig Seces-sus inscii, halbseitige Krämpfe, zurückbleibende meist hemi-plegische Lähmung. Ausser bei Apoplexie am reinsten bei Jacksonscher Epilepsie\* (meist häufige Anfälle, keine bleibende Lähmung, kein Fieber; bei genuiner Epilepsie fast stets all-gemeine Krämpfe), bei Adams-Stokescher Krankheit\* (Über-leitungsstörung im Herzen mit akuten zentralen Zirkulations-störungen; selten Krämpfe, nie Lähmungen, stets Pulsverlang-samung, bisweilen nachweisbare Pulszahldifferenz zwischen Ju-gularvenen u. Arterien), bei dem sog. paralytischen Anfall (cf. Dementia paralytica; nur anamnestisch sicherzustellen, sonst oft ganz identisch), Urämie\* (Harnuntersuchung, Ödeme, Reti-nitis). Seltener bei Hysterie (keine völlige Bewusstseinsstörung; Stigmata), multipler Sklerose u. a. **Therapie:** Je nach dem Grundleiden (s. o.). Meist Anregung der Zirkulation im Anfall (Kampfer) empfehlenswerter als Versuch zur Hemmung des Reizzustandes (Morphin). S. Schoenborn.

**Apoplexie** (Gehirnblutung, „Schlaganfall“). Gefäss-zerreissung kleinerer u. kleinster Gehirngefässe, bes. häufig im Bezirk der A. fossae Sylvii. Herd selten über walnussgross. Zerfetzung des Gewebes durch die Blutung, regionäres gelbes Ödem, Druckzunahme. In günstigen Fällen Autolyse u. Schrump-fung des Herdes, bindegewebige Schwiele, häufig mit serösen Cysten. **Ätiol.:** Gefässruptur infolge schadhafter Arterienwände bei Atheromatose, Lues, Gicht, Nephritis; selten durch miliare Aneurysmen. Direkte Ursache ist Drucksteigerung (bei gesunden Gefässen durch nervöse Selbststeuerung der Gehirnzirkulation fast gleichgültig) in den kranken Gefässen, nach Schädelver-letzungen usw. Familiäre Disposition häufig. **Sympt.:** 1. All-gemeine: Eintritt der Blutung verschieden schnell, daher auch Initialsymptome verschieden stürmisch. Meist „apoplektischer Anfall“, plötzlicher teilweiser oder völliger Bewusstseinsverlust; der Kranke stürzt zu Boden, fällt vom Stuhl, „verliert die Be-

sinnung“. (Selten plötzliche Lähmung bei vollem Bewusstsein.) Meist für Stunden oder Tage Koma bei gedunsenem Gesicht, schnarchender Atmung (auf der kranken Seite geringer), Retentio oder Incontinentia urinae, vollem bisweilen verlangsamtem Puls, leichter Temperatursteigerung. Bisweilen Krämpfe, meist halbseitig, u. Erbrechen (Drucksymptome). Bei Nachlassen des Koma oft Kopfdruckgefühl, Erinnerungsdefekte; bisweilen dauernde psychische Veränderungen (Intelligenzdefekte, Reizbarkeit usw.).

2. Herdsymptome: Direkte u. indirekte (durch Druck auf Umgebung). Am häufigsten Hemiplegie, partiell oder total. Typisch ist die dem Herd contralaterale Lähmung im Bein, Arm, Facialis (der unteren Äste), Zunge, mit gesteigerten Sehnen-, herabgesetzten Hautreflexen, oft Babinskireflex der gelähmten Seite. Indirekte Herdsymptome können leichte sensible, vasomotorische, trophische Störungen sein, auch flüchtige Aphasien; sehr selten rasche Muskelatrophien, Ödeme, Gelenkstörungen der gelähmten Seite. Wichtigste Symptome der Lokaldiagnose:

a) Der genannte Typus motorischer Hemiplegie bei Blutung in der inneren Kapsel; gleichzeitig sensible u. vasomotorische Symptome bei Sitz im unteren Teil des hinteren Kapselschenkels, b) Motorische Hemiplegie mit Oculomotoriuslähmung der anderen Seite bei Herd im Pedunculus cerebri. c) Motorische Hemiplegie mit anderseitiger Lähmung des Abducens, Trigeminus oder Facialis bei Ponsblutung. d) Motorische Hemiplegie mit Hypoglossuslähmung der anderen Seite; oft bei Oblongataherden. e) Bei Apoplexie im Gebiet der linken A. fossae sylvii (bei Rechtshändern) rechtsseitige Hemiplegie u. häufig Aphasie, wo Rinde mitbeteiligt ist (cf. Sprachstörungen). **Verlauf, Prognose:** Indirekte Symptome gehen rasch zurück, falls Kranker nicht im Shock oder an ev. folgender Pneumonie stirbt, aber auch direkte können nach Monaten noch verschwinden. Völlige Heilung selten, zumal bei Blutung der Caps. int. Regelmässig sind bei Hemiplegie am besserungsfähigsten die oft spontan symmetrisch innervierten Muskeln (Schultern, Beine; Facialis beim ungewollten Lachen); dauernd gelähmt bleibt meist Hand, gewollte Facialisbewegung. Oft Mitbewegungen symmetrischer Muskeln der gesunden Seite bei Anstrengung paretischer Muskeln. Sehr häufige Endresultate sind Contracturen (bes. des Armes), Athetose u. Chorea („posthemiplegica“) des gelähmten Gebiets. — Oft Neigung zu wiederholten Apoplexien. **Diff.-Diagnose:** Als cerebrale Lähmung kaum zu verkennen; doch können wie die „apoplektiformen\* Anfälle“ auch bleibende Veränderungen hervorgerufen werden, ausser durch die eigentliche Blutung, durch Gehirnembolie oder -thrombose\*, ferner durch Meningitis, Hirntumoren u. Abscesse (meist allmähliches Auftreten, kein Insult). Schwierig bisweilen bei Urämie\*. Auch

Migräne\* macht ausnahmsweise hemiplegische Störungen (meist passagerer Art). **Therapie:** Im Anfall Hochlegen des Kopfes, Eisblase (ausser wo Anämie deutlich erkennbar), absolute Ruhe. Bei Vollblütigen Aderlass. Darm- u. bes. Blasenentleerung. Später Jod (Rp. 27 ff., bes. bei Arteriosklerose u. Lues), Galvanisation des Kopfes (schwache Ströme von 1—2 MA), Galvano-faradisation der gelähmten Glieder. Cf. Contracturen (S. 28).  
S. Schoenborn.

**Apraxie.** Die Hand ist trotz fehlender Lähmung unfähig zur Ausführung bestimmter Zweckbewegungen (drohen, grüssen, anklopfen) und zu sachgemäsem Hantieren (Streichholz anzünden usw.). Zu unterscheiden: 1. Ideatorische: Nur komplizierte Handlungen unzweckmässig ausgeführt wie bei Zerstretheit, Einzelbewegung korrekt. 2. Ideokinetische: Einzelbewegungen verwechselt; Ausführung der falschen geschickt. 3. Gliedkinetische: Ungelenke Bewegungen. Feine Verrichtung wie Schreiben unmöglich. Apraxie der Sprachwerkzeuge heisst Aphasie\*. **Ätiol.:** Erste Form bei diffusen Gehirnerkrankungen (Dem. paralytica\*, senilis\*, arteriosklerotica\*), 2 u. 3 bei Herden im Scheitellappen; Apraxie der linken Hand auch bei Balkenherden. **Diff.-Diagnose:** Auszuschliessen, dass Pat. die Aufforderungen nicht versteht, Gegenstände nicht erkennt, dass Lähmung oder choreatische\* u. athetotische\* Bewegungen vorliegen. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens.  
Raecke.

**Argentum nitricum-Vergiftung.** Verschlucken von Höllensteinstiften usw. **Sympt.:** Weisse Schorfe im Munde. Heftige Gastroenteritis. Erbrechen weisser käsiger Massen, die sich am Licht dunkel färben. Ev. Krämpfe, Lähmungen, Schwindel, Sehstörungen. **Therapie:** Magenspülung mit Kochsalzlösung. Diese auch innerl., sowie Eiweiss, Milch, Eispillen.  
Guttman.

**Argyrie.** Schiefer- bis bläulichgraue Verfärbung von Haut, Schleimhäuten, inneren Organen durch langen inneren Gebrauch von Arg. nitr. (bei allgemeiner A. über 30 g), indem in die Körperzellen (ausgenommen Epidermis, Hornanhänge der Haut, Epithelien) schwarze Körnchen von Silberalbuminat eingelagert werden. Oft Beginn an Zahnfleischrand u. Nagelgliedern der Finger. Auch lokal durch längere Applikation von Arg. nitric. auf Wunden oder Schleimhäuten; bei Silberarbeitern durch Eindringen von Silbersplitterchen. **Therapie** machtlos.  
Guttman.

**Arsenmelanose.** **Sympt.:** Nach ausgedehnter Verwendung von Arsen (aber auch schon nach 0,216 Natr. arsenicos. bzw. 0,125 Acid. arsenicos. beobachtet) zuweilen

gelblich bis dunkelbraune Hautpigmentationen an Gesicht, Rumpf u. Extremitäten, während im Gegensatz zum Morbus Addisonii Schleimhäute frei bleiben. Nach Aussetzen des Arsens allmähliche Aufhellung. Cf. Arzneiexantheme. M. Joseph.

**Arsenvergiftung, akute.** Bes. durch arsenige Säure u. Arsenwasserstoff, As-haltige Arzneien. *Sympt.*: Oft cholera-ähnliche Erscheinungen (können aber fehlen), Kratzen im Schlunde, Schlingbeschwerden, brennendes Gefühl im Körperinnern, Schwindel, Krämpfe, Kollaps. Ev. Blutharnen, Neuritis an den Beinen, psychische Störungen. *Diff.-Diagnose*: Nachweis von As im Urin u. Erbrochenen. Bei Cholera Cyanose, Wadenkrämpfe, Gesichtsverfall stärker ausgesprochen, nicht so heftige Schmerzen u. Unruhe. Cf. Phosphor, Colchicin. *Therapie*: Magenausspülung, Brechmittel (Rp. 80—82). Milch, Kalkwasser. Antidotum Arsenici (1—2 Essl. alle 10 Minuten, dann stdl.). Magnesia usta (15 : 100,  $\frac{1}{4}$  stdl. 3—4 Essl.). Abführmittel. Ev. Opiate. Guttman.

**Arsenvergiftung, chronische.** Gewerbliche Vergiftungen, As-haltige Tapeten, Schminken usw. Arsenikesser. *Sympt.*: Magendarmstörungen, Polyneuritis, Lähmungen, Exantheme (cf. Arsenmelanose), Nagel- u. Haarausfall, Conjunctivitis, Kachexie, Ödeme usw. *Therapie*: Beseitigung der Schädlichkeit, Jodkali, Hydrotherapie, im übrigen symptomatisch. Guttman.

**Arteriosklerose.** Abnutzungskrankheit der Arterien; ihre Dehnbarkeit wird herabgesetzt, Lumen verengt, Blutversorgung der Gewebe vermindert. Einzelne Gefäßgebiete, speziell die stark beanspruchter Organe, oder gesamtes Gefäßsystem betroffen. *Ätiol.*: Starke Inanspruchnahme der Gefäße durch häufige vasomotorische Schwankungen: Körperliche Arbeit, Nervositas cordis, allgemeine Neurasthenie, heftige u. langdauernde Emotionen. Ferner Fettleibigkeit, Schrumpfnieren; toxische Schädigungen der Gefäßwand (Alkohol, Nicotin, Kaffee, Tee, Blei), Luxuskonsumption. Vielleicht Heredität. — Meist, aber durchaus nicht immer, jenseits des 40. Lebensjahres. *Sympt.*: Bei allgemeiner A. Abnahme der körperlichen u. geistigen Leistungsfähigkeit; allmählich Zeichen von Herzinsuffizienz, Coronarsklerose, Angina pectoris, Asthma cardiale, arteriosklerotische Schrumpfnieren. Am Herzen häufig Hypertrophie, ev. Dilatation des l. Ventrikels. Aorta verlängert, im Jugulum fühlbar; abnorme Beweglichkeit des Herzens bei Lagewechsel. Aortendämpfung leicht vorspringend. Nicht selten systolische Geräusche, in die Halsarterien fortgepflanzt. 2. Aortenton akzentuiert, häufig klingend. Bei Affektion der Semilunarklappen Insuffizienz, seltener Stenose der Aorta; Aneurysma

bei reiner A. selten. Periphere Arterien derb, verdickt, bis zur „Gänsegurgelarterie“. Blutdruck normal, häufiger gesteigert. Blutdrucksteigerung manchmal schon initial (Präsklerose). Puls wechselnd; Rhythmus abhängig vom Zustand des Myokards (Myomalacie, Coronarsklerose). Spezielle Lokalisationen: Coronargefäße\* (Angina pectoris, Asthma cardiale). Nieren (arteriosklerotische Schrumpfniere). Gehirn (s. u.). Beinarterien: Beim Gehen Schmerz in der Muskulatur, der in der Ruhe verschwindet (Dysbasia arteriosklerotica intermittens); cv. Gangrän (dasselbe auch an den Armen beobachtet). Darmgefäße: Nach reichlichem Essen Anfälle von Schmerzen, Meteorismus (Dyspraxia arteriosklerot. intermitt. intest.); selten Darmlähmung oder -gangrän. Peripher ferner häufig vasomotorische Störungen; selten Raynaudsche Krankheit\*, Erythromelalgie\*, Akroparästhesien. **Prognose:** Je nach Lokalisation u. Intensität des Prozesses. **Therapie:** Entfernung von Schädlichkeiten (s. o.), Einschränkung der Arbeit, genügende Ruhe u. Schlaf. Mehr Schonung als Übung! Gemischte Kost; Flüssigkeitszufuhr meist zu beschränken. Stuhlregulierung. Medikamentös: Jodkali 0,3—0,5 pro die, monate- u. jahrelang mit kleinen Zwischenpausen. Ersatzpräparate: Jodipin (Rp. 29), Jodglidine, Jodeigon, Sajodin (Rp. 28), Jodival. — Vorsicht vor stärkeren Blutdruckschwankungen! (CO<sub>2</sub>-Bäder nur indifferent temperiert; Vorsicht auch mit Digitalispräparaten). Bei intermittierendem Hinken warme u. galvanische Fussbäder. Im übrigen symptomatisch.

Beuttenmüller.

**Arteriosklerose des Gehirns.** *Ätiol.* siehe Arteriosklerose. *Sympt.:* a) In den Frühformen (bes. bei Kopfarbeitern) affektive Reizbarkeit, Verstimmung u. Angst, leichte Ermüdbarkeit, Gefühl der Leistungsunfähigkeit, vorübergehende Gedächtnisschwäche, Kopfschmerzen, Schwindel, Flimmern. b) Bei voller Entwicklung deutliche psychische Defekte bes. auf ethischem Gebiet, Gedächtnisstörungen u. Merkfähigkeit, mitunter Grössenideen. Pupillenträgheit, einzelne Paresen u. Lähmungen, aphasische u. andere Herdsymptome. Alle Symptome flüchtig, für längere Zeit wieder verschwindend, protrahierter Verlauf. c) Terminal schwere Demenz, dauernde apoplektisch bedingte Herdsymptome. **Diff.-Diagnose:** Bei den Frühformen Neurasthenie u. Melancholie, später Paralyse, Hirnlues, senile Geistesstörungen. **Therapie** siehe Arteriosklerose u. Angstzustände. Vermeiden psychischer Überanstrengung. Bes. länger verabreichte Jodpräparate (Rp. 27 ff.).

L. W. Weber.

**Arthritis, allgemein.** *Sympt.:* a) Funktionsstörung; hängt meist zunächst von begleitenden Schmerzen ab, dann

früher oder später von Veränderung der Gelenksenden (z. B. Knorpel- bzw. Knochen-Wucherung oder -Zerstörung). Normale Bewegungen in jedem Falle von Gelenksentzündung mehr oder weniger beeinträchtigt; entscheidend für Diagnose, wenn nicht Verletzungen vorhergegangen. b) Schmerz im Gelenk; bei akut eitrigen Prozessen nicht nur bei Bewegungen, sondern auch in der Ruhe; anderenfalls nur bei Bewegungen. Druckschmerz je nach der palperten Stelle verschieden stark; gewöhnlich Druck auf Gelenkspalt u. Umschlagstellen der Kapsel am lebhaftesten. Der Schmerz bedingt ferner wesentlich die ganz bestimmte Stellung jedes Gelenks, weil in dieser durch Entspannung der Gelenkkapsel der intraartikuläre Druck verringert. c) Schwellung des Gelenks; bedingt durch Erguss oder Schwellung bzw. Verdickung der Kapsel. Bei beiden Vergrößerung des Gelenkumfanges. Bei der Kapselverdickung mehr gleichmässige Schwellung des ganzen Gelenks, bes. an Umschlagsstellen der Kapsel. Beim Erguss Schwellung namentlich dem Gelenkspalt gegenüber u. genau dem Ansatz der Kapsel folgend; Schwellung demnach überall da zu erkennen, wo die Kapsel den Gelenkraum umschliesst. Beim Erguss ferner Fluktuation, am Kniegelenk z. B. durch die Abhebung der Patella nachweisbar, die bei Druck hin und her „tanzt“. Öfters beide Schwellungszustände an demselben Gelenk. Bei wenig zugänglichen Gelenken Fluktuation schwieriger nachweisbar; liegt Hauptschwellung dem Gelenkspalt gegenüber, dann ist Erguss Ursache, entspricht sie mehr dem Kapselansatz, dann besteht Kapselschwellung bzw. -verdickung. d) Fieber; nicht immer vorhanden. Stets bei akut infektiösen Prozessen, die meist bald eitrig werden; dann zuweilen, nicht immer, auch Rötung der Gelenkbedeckung. Auch bei chronischen Gelenkentzündungen zuweilen Fieber. Dabei auch Allgemeinerscheinungen, wie Abgeschlagenheit, Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Kopfweh usw. Folgezustand nach A. ist häufig abnorme Stellung u. Bewegungsbeschränkung durch Zerstörungen verschiedenster Ausdehnung an Gelenkenden (s. u.), aber auch durch unrichtige Behandlung während der Erkrankung! Ferner relativ schnell auftretende Atrophie der zum Gelenk in Beziehung stehenden Muskeln, bes. Streckmuskeln. **Therapie:** Bei akuten Prozessen jedenfalls Ruhigstellung des Gelenks in zweckmässiger Stellung. (Obere Extremität: Ellbogen rechtwinkelig, Handgelenk in etwas Hyperextension; untere Extremität: Hüftgelenk in Streckung u. Abduction, Kniegelenk im Winkel von 175 Grad, Sprunggelenk in rechtwinkliger Stellung zum Unterschenkel). Schmerzstillende Verbände (Priessnitz, Alkohol). Extensionsverbände, Lagerung auf Schiene. Bei eitrigem Erguss Versuch mit Stauungshyperämie; wenn diese erfolglos, bei drohender



Perforation sofort Punktion mit folgender Ausspülung (sterile Kochsalz-, Borsäure- oder Carbolsäurelösung). Gehen danach drohende Symptome, wie Fieber, Erguss usw. nicht schnell zurück, dann ungesäumt breite Incision u. Drainage. Bei tieferen Zerstörungen Arthrektomie bzw. Resektion, partiell oder total (cf. Gelenktuberkulose, Arthritis purulenta). Bei serösem Erguss u. chronischen Formen neben nicht zu langer Immobilisation durch Extensions- u. Gipsverbände, Jodpinselungen, Stauungshyperämie, komprimierende Einwickelungen usw. Bei Ausbleiben des Erfolges ebenfalls Punktion u. Auswaschung mit sterilen Lösungen. Unter allen Umständen Sorge für richtige Stellung des Gelenks (s. o.). Zu langes Ruhen der Gelenke jedenfalls vermeiden! Cf. folgende Artikel u. Gelenktuberkulose.

Leser.

**Arthritis deformans.** Gelenkerkrankung meist späterer Lebensjahre. Gewöhnlich monoartikulär, selten polyartikulär. Fast immer chronischer Prozess, mit Vorliebe an Hüft- u. Fingergelenken, seltener an Knie- oder Schultergelenk. *Sympt.:* Charakteristische Crepitationsgeräusche (zuweilen hörbar) mit frühzeitiger Bewegungsbeschränkung. Bald Schwellung mit fühlbaren Verdickungen der Kapsel u. Gelenkknorpel. Schmerzen wechselnd, meist exacerbierend. *Prognose:* Infaust quoad functionem, irrelevant quoad vitam. *Therapie:* Nur stetige, systematische Bewegungsübungen können die schweren Bewegungsstörungen lange hintanhaltend. Dazu schmerzstillende Einreibungen, Alkoholverbände, Priessnitzverbände, ev. bei schon unrichtiger Gelenkststellung Extensions-Contentiv-Verbände, Massage, passive Bewegungen. Heissluftapplikation, Stauungs- u. aktive Hyperämie. Wenn möglich Gastein, Tep-litz, Wildbad, Wiesbaden anraten. — Nur ausnahmsweise operative Massnahmen (partielle bzw. totale Arthrektomien). Erfolge unsicher, da Rezidive nicht auszuschliessen.

Leser.

**Arthritis gonorrhoeica.** *Sympt.:* Meist. akuter Beginn bei nicht sehr hohem Fieber, aber sehr starken Schmerzen; schnell eintretende Infiltration der Gelenkkapsel u. umliegenden Weichteile, die sich zuweilen sogar röten. Auffallend starke Neigung zur Zerstörung des Gelenkapparats, so dass später totale bzw. partielle Ankylosen häufig. Meist. monoartikulär, ausnahmsweise polyartikulär; beim Mann Knie, bei Frau Handgelenk bevorzugt. *Diagnose:* Nachweis einer bestehenden bzw. scheinbar abgelaufenen gonorrhoeischen Erkrankung in der Harnröhre oder anderswo, sowie obiger typischer Befund. *Therapie:* Wegen der starken Schmerzen Immobilisation des Gelenks; Jodpinselungen, komprimierende Verbände ev. Punktion. Allem voran aber steht Stauungshyperämie, wodurch bei richtiger

Technik vortreffliche Resultate; sofort Schwinden der Schmerzen, infolgedessen auch Möglichkeit, durch frühzeitige Bewegungsübungen Ankylosen vorzubeugen. Selbstverständlich Behandlung der Gonorrhoe. Leser.

**Arthritis purulenta.** Folge von Infektion mit pyogenen Mikroben, hämatogen oder direkt von naher Wunde aus. *Sympt.:* Heftige Schmerzen, Schwellung des Gelenkes mitsamt der Bedeckung, die sich auch röten kann. Neben eitrigem Erguss fast immer Infiltration der Kapsel, also beide Arten der Gelenkschwellung. Hohes Fieber, ev. eingeleitet durch initialen Schüttelfrost, absolute Bewegungslosigkeit des gewöhnlich gebeugt gehaltenen Gelenks; bei passiven Bewegungsversuchen heftigste Schmerzen. *Therapie:* Gehen nach Stauungshyperämie bzw. nach Fixation u. Punktion mit Auswaschung des Gelenkes Schmerz, Fieber u. Schwellung nicht in 24 Stunden wesentlich zurück, dann ohne Zögern breite Incision, gründliche Ausspülung des Gelenks mit Antisepticis, Drainage. Anderenfalls grosse Gefahr späterer Ankylose durch Zerstörung der Gelenkknorpel u. Kapsel; auch Extremität u. sogar Leben gefährdet. Leser.

**Arthropathien, nervöse.** *Ätiol.:* Tabes dorsalis, Siringomyelie, Kompressionsmyelitis. *Sympt.:* Meist monoartikulär, zuweilen zwei entsprechende Gelenke ergreifend; bei Tabes untere Extremität, bei Siringomyelie obere. Verhältnismässig schnelle ausgedehnte Zerstörungen. Beginn mit serösen Ergüssen u. auffallenden Infiltrationen, Ödemen der Kapsel u. Umgebung. Bei leichteren Formen (selten) geringere Wucherungen u. Deformierungen; gewöhnlich schnelle Zerstörung der Knochen, Wucherungen der Knorpel mit kolossalen, knolligen Verdickungen u. Verknorpelungen der Kapsel. Im Verlauf Ergüsse von Serum bzw. Blut, Spontanfrakturen, Subluxationen, starke Deviationen, also Schlottergelenke; seltener abnorme Fixation. Alles ohne Schmerzempfindung. *Diff.-Diagnose:* Gegenüber Arthritis deformans Schnelligkeit u. Umfang der Zerstörungen u. Wucherungen sowie Schmerzlosigkeit. Bei Verdacht Prüfung auf zentrale Symptome. *Therapie:* Zuerst versuchen durch geeignete Schienen u. Apparate Stellung u. Funktion der Gelenke zu verbessern. Bei Ergüssen Punktion; bei Infiltrationen u. Ödemen der Kapsel Versuch mit Heissluftbehandlung. Bei Fixation nur dann Operation, wenn Gelenkstellung hinderlich; dann Arthrotomie mit Fortmeisselung der hinderlichen Wucherungen u. Fixation des Gelenks in funktions-tüchtiger Stellung. Öfters Feststellung des wackligen bzw. subluxierten Gelenks nötig; hierzu Arthrodese, damit Ankylose eintritt; noch besser Fixation durch Einfügung eines Knochen-

bolzens, der frisch von eben amputiertem Knochen mit Periost entnommen wird, in beide Gelenkflächen. Leser.

**Arzneiexantheme.** *Ätiol.* u. *Sympt.:* Durch innerlichen Gebrauch oder subcutane Injektion bestimmter Medikamente entstehen bei dazu disponierten Individuen mit einer gewissen Idiosynkrasie circumskripte oder diffuse Exantheme, vom Typus der Erytheme, sich bis zu Ekzemen steigend. Nach Arsen Urticaria, starkes Jucken ohne sichtbare Veränderungen, Herpes zoster, punktförmige Hämorrhagien, Arsenmelanose\*, beträchtliche symmetrische Verdickung der Hornschichten der Fusssohlen u. Hohlhand (erythematöse Keratodermie). Brom u. Jod bedingen Akne u. knotige zur Ulceration neigende Infiltrate (Bromoderma u. Jododerma tuberosum), Brommastitis. Bromexantheme erscheinen erst nach Übersättigung des Organismus, Jodexantheme schon nach einmaliger Dosis. Chinin, Salol, Sulfonal, Quecksilber bedingen Urticaria, Purpura, scarlatiniformes Exanthem. Antipyrin erzeugt Blasen an Mund u. Genitale, schwarze Flecke am Penis (Verge noire). Phenacetin, Rheum, Codein, Veronal, Salicyl, Aspirin, Salipyrin, Theocin bedingen stark juckende, masernähnliche, erythematös-papulöse, zuweilen auch bullöse Dermatitiden. Vielleicht toxische Wirkung körperfremden Eiweisses, das sich je nach Vorliegen feinsten chemischer Veränderungen im Magendarmkanal nach Einnahme der betr. Medikamente bildet. *Diagnose:* Nur möglich durch Ausschluss aller übrigen in Betracht kommenden Dermatosen. *Therapie:* Fortlassen des Medikamentes; indifferente Salben, z. B. Borvaseline. M. Joseph.

**Ascaris lumbricoides.** Regenwurmähnlich, Männchen 25, Weibchen 40 cm. Eier (0,05 mm) oval mit doppelter Schale (äussere höckrig). Im Dünndarm; wandern ev. nach Magen, Mund, Nase, Luftwege, Choledochus (Ikterus!), Bauchhöhle (bei Darmperforation). *Sympt.:* Leibschmerzen, Verdauungsstörungen, Jucken in der Nase, Mydriasis (ev. einseitig), zuweilen nervöse Störungen (Arrhythmie, eklamptische u. choreatische Erscheinungen), progressive Anämie, Ileus. *Therapie:* Abführmittel, dann Rp. Flor. Cinae 6,0, Tub. Jalapae 0,6, Sir. spl. 30,0, tgl.  $3 \times 1$  Teelöffel. Oder Trochisci Santonini à 0,05, tgl. 2—3 (nicht nüchtern). Thymol (0,5—2,0 in 24 Stunden). Gleichzeitig oder nach 3 Tagen Laxans (nicht Ricinusöl). Neuerdings empfohlen Rp. Ol. Chenopodii anthelminth. gtt. XVI, Menthol 0,2 in caps. gelatin.; S.  $3 \times 1$  Kapsel nach je 2 Std., darauf 2 Essl. Ricinusöl. Bei Eindringen in Kehlkopf oder Trachea rasche Extraktion oder Brechmittel. Guttmann.

**Ascites.** Transsudat in die Bauchhöhle. *Ätiol.:* Allge-

meiner Hydrops\*, Pfortaderkreislaufstörung bei Lebercirrhose\* Pylephlebitis\*, Kompression der Vena portarum (Tumoren, Drüsen, Narben), Leberlues\*. Verletzung des Ductus thoracicus oder Lymphstauung (A. chylosus). Insuffizienz des r. Herzens (relative Tricuspidalinsuffizienz). **Sympt.:** Physikalisch erst von ca. 1 Liter ab nachweisbar (Knieellenbogenlage, Beckenhochlage, Seitenlage). Wenn stärker als Folgen des Druckes auf Organe: Zwerchfell, Lungen (ev. Kompression) u. Herz hochgedrängt (Spitzenstoss ausserhalb Mamillarlinie, beschleunigte unregelmässige Tätigkeit), Dyspnoe, Erbrechen, Singultus, Obstipation, Harndrang, Striae ev. Ödem der gespannten Bauchhaut, Nabel verstrichen oder vorgewölbt; Venen der Bauchhaut stärker entwickelt (Kollateralkreislauf aus unterer zur oberen Hohlvene, cf. Lebercirrhose). Perkussion: Dämpfung nach oben konkav, jedoch seitlich (Kolon asc. u. desc.) sowie dicht über Symphyse (Darmschlingen mit kurzem Mesenterium) auch streifenförmig tympanitisch; Grenzen oft wellenförmig (Darmschlingen); bei Lagewechsel Einstellen des Flüssigkeitsspiegels: bei Seitenlage auf Gegenseite heller Schall, beim Stehen horizontale Begrenzung. Punktionsflüssigkeit: Wenn spezif. Gew. über 1015 u. Eiweiss ca. 3% = Exsudat; meist serös, auch opaleszierend oder chyliform (= fettig), bes. bei Carcinom, Tbc., chron. Peritonitis, oder chylös (milchig) (s. o.), hämorrhagisch bei Tumoren, Tbc., Lues, Anämischen, Stauung. Bei Tbc. Lymphocyten vorwiegend. **Diff.-Diagnose:** Bei grossen Ovarialcysten\* Uterus ev. nach oben gezogen, Scheidengewölbe verstrichen (bei A. umgekehrt); Leib mehr spitz, in der Mitte gewölbt, Nabel meist nicht vorgetrieben, Dämpfung konvex nach oben, bei Lagewechsel wenig Änderung; spez. Gewicht über 1018, Cylinderzellen usw. — Peritonitis chronica\*. — Diagnose oft erst nach Punktion durch Palpation möglich. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens; im übrigen cf. Hydrops. Punktion, nur wenn Beschwerden (Spannung, Druckgefühl, Atemnot, Zwerchfell hochgedrängt) hochgradig oder Herzschwäche dadurch; immer Schwächung (Eiweissverlust), zumal bei rascher Neubildung. In der Mitte zwischen Nabel und Symphyse oder Nabel u. Spina anter. super. einstechen im Sitzen (Lehnstuhl) oder Bett (auch Seitenlage). Wenn Troikart auch seitliche Öffnungen hat, besserer Abfluss. Langsames Abfliessen! Vorher urinieren lassen! Gegen Lufteindringen usw. am besten Condom am Troikart-Pavillon befestigen. Mit Hautverschiebung einstechen. Wattecollodiumverband oder zirkulärer Bindenverband (Druck), ev. eine Nadel. Analeptica (Wein) bereithalten. Palpation nachher behufs Diagnosensicherung!

Arneth.

**Asphyxie.** Leben bedrohender Atemstillstand bei noch vorhandener Herzaktion. *Ätiol.:* Bei Narkosen reflektorisch, oder häufiger Verlegung der Luftwege durch Gebisse, Kautabak, Blut, Erbrochenes oder auch nur zurückgesunkene Zunge. Luft-röhrenknickung u. Ähnliches. Bei allen Scheintoten, Erhängten, Erwürgten, aus dem Wasser Gezogenen, durch irrespirable Gase Verunglückten, Erfrorenen u. dgl. *Sympt.:* Fehlende Atmung, Totenblässe oder Cyanose. Bewusstlosigkeit, Puls unfühlbar oder sehr klein. Pupillen weit, Cornealreflex fehlend. *Komplik.:* Herzstillstand; dann „Synkope“ genannt. *Therapie:* Prophylaktisch vor jeder Narkose genaue Revision des Mundes u. Entfernen loser Fremdkörper. Bei eingetretener A. Mund öffnen, Kiefer vorschieben, wenn nötig mit Gewalt durch Mundsperrre. Zunge vorziehen, künstliche Atmung nach Silvester. Gleichzeitig Herzmassage, Kampfer, Kochsalzinfusion; bei gleichzeitiger Synkope faradische Phrenicusreizung, intravenöse Strophantin- (0,0005—0,001) oder Adrenalineinspritzung (5—8 Tropfen der käuflichen Suprareninlösung auf 1 l Kochsalzlösung). Bei A. intra laparatomiam direkte Herzmassage. Cf. akute Herzinsuffizienz. Bei Scheintod stets zuerst Luftwege frei machen, dann künstliche Atmung. Alle vorgenannten Herzmittel, dazu Reiben der Extremitäten mit Bürsten, rauhen Tüchern, starke Riechmittel, reizende Klysmen mit heisser Kochsalzlösung, Glühwein mit Zimtzusatz. Cf. folgenden Artikel, Raynaudsche Krankheit.

Kaposi.

**Asphyxie der Neugeborenen.** *Ätiol.:* Gewöhnlich intrauterin erworben durch mangelhaften Gasaustausch zw. Mutter u. Frucht. Ursachen dafür: vorzeitige Ablösung der Placenta, Kompression der Nabelschnur, lange Austreibungszeit, Kohlensäureüberladung des mütterlichen Blutes; seltener starke Kompression des kindlichen Schädels (Eintritt in ein verengtes Becken!), Zerreissung von Nabelschnurgefässen. *Sympt.:* Bei A. im Mutterleibe Verlangsamung der kindlichen Herztöne auch in der Wehenpause, folgend sehr erhebliche Beschleunigung, Abgang von Meconium (bei Steisslagen ohne Bedeutung), vorzeitige Atembewegungen (bei tief im Becken stehendem Kopf manchmal nachweisbar), infolge davon Aspiration von Meconium, Fruchtwasser, Schleim. Bei Neugeborenen keine oder unvollkommene Atmung, während Herz schlägt; die Gliedmassen sind regungslos. *Therapie:* Rasche Beendigung der Geburt. Auswischen des kindlichen Mundes, Aspiration der in die Trachea eingesogenen flüssigen Massen mit Trachealkatheter. Dann Schultzesche Schwingungen. Silvesters Methode, starke Abduktion der Arme u. Adduktion zur künstlichen Atembewegung. Labordes Methode der rhythmischen Zungenbewegungen. Haut-

reize (starkes Frottieren des Rückens u. der Brust, Übergießungen mit kaltem Wasser), wenn Kind spontan manchmal atmet. Wärmezufuhr durch längeres Bad in warmem Wasser und nach Wiederbelebung mehrere Tage lang durch Einlegen in Wärmewanne unbedingt angezeigt. Fromme.

**Asthenopie. Akkommodative A. Ätiol.:** Weit- u. Alterssichtigkeit. **Sympt.:** Infolge der schon beim Fernsehen notwendigen Akkommodation ermüden Weitsichtige rasch, wenn sie beim Nahsehen den Akkommodationsapparat noch mehr beanspruchen müssen. Je höher die Hyperopie u. je älter der Patient, desto grösser die a. A. Kopfschmerzen in der Stirn, Schmerzen in u. hinter den Augen, Unvermögen längere Zeit Nahearbeit zu verrichten, vor allem zu lesen. **Therapie:** Weitsichtigkeit u. ev. Astigmatismus auskorrigieren. Presbyopische Gläser.

**Muskuläre A. Ätiol.:** Insuffizienz der Mm. recti interni gegenüber den Externi. **Sympt.:** Bei bestehender Neigung zum latenten Auswärtsschielen vermögen mangelhaft wirksame Interni die zum Nahesehen nötige Konvergenzstellung der Augen nicht lange festzuhalten, daher bald Abweichen eines Auges nach aussen. Beim Versuch, die Interni zur Aufrechthaltung der Konvergenz zu zwingen, gleiche Beschwerden wie bei akkommodativer A. Auch Klagen, dass Schrift beim Lesen auseinander läuft. **Diagnose:** Durch Maddoxstäbchen u. Prismenversuche. Meist schon Auswärtsschielen, wenn man ein Auge hinter vorgehaltener Hand beobachtet. **Therapie:** In leichten Fällen Prismengläser mit Basis nasal. Sonst vorsichtige Tenotomie eines M. rectus externus. Schieck.

**Asthma bronchiale.** Anfälle von Atemnot infolge vorübergehenden Krampfes der feineren Bronchien, durch expiratorischen Charakter, akute Lungenblähung, Auswurf charakterisiert. Gewöhnlich auf Boden einer Bronchiolitis („exsudativa“ „asthmatica“), darum bes. von Herbst bis Frühjahr stärker. Oft von Kindheit auf Disposition (nach Masern, Keuchhusten) zu Bronchiolitis u. Asthmaanfällen, bes. auch bei neuropathisch Belasteten, um so mehr, wenn Anämie, schwächliche Konstitution, Skrofulose; wenn um 20. Jahr nicht verschwindend, meist zeitlebens. Rein nervöse Form (Katarrh erst sekundär) selten. Als Reflexasthma kann es symptomatisch von der Nase her entstehen (cf. A. nasale, Heuschnupfen), auch zuweilen bei Rachenerkrankungen (bes. Mandelhypertrophie); bei gewissen Speisen. Larvierte Malaria (bestimmte Tage u. Stunden). Auch an bestimmte Orte u. Beschäftigung gebunden. Asthmaanfälle bei Menses (-Eintritt bes.), bei Magen-, Darm-, Ohr-, Sexual-, Hautleiden beobachtet, meist wohl hyste-

risch; cf. Dyspnoe. **Sympt.:** Anfälle bes. nachts: Erwachen, Angstgefühl, zunehmende, vorwiegend expiratorische Atemnot, Pfeifen u. Schnurren überall auf der Brust, Atmungsgeräusche verdeckend, ev. weithin hörbar, bis Erstickungsgefühl, daher Auxiliärratmung, mit aufgestützten Armen, oder vornübergebeugt sitzend. Kalter Schweiß, Cyanose, selbst Benommenheit; akutes Lungenemphysem\*; erst am Ende des Anfalls spärliches, zäh-schleimiges, eitriges Sputum; damit kann alles rasch zurückgehen; feuchte Rasselgeräusche auf der Lunge, beim bronchitischen A. oft vorher. Conjunctivitis, Rhinitis. Dauer, Häufigkeit sehr wechselnd; auch Fieber bei langer Anfalldauer; bei bronchitischem A. Bronchitis vor- u. nachher, nicht bei rein nervösem. Im Auswurf Curschmannsche Spiralen (auch sonst, jedoch seltener vorkommend), Charcot-Leyden'sche Kristalle (in gelblichen Partien des Auswurfes), die auch als Ursache des Asthmaanfalles angesehen wurden. Eosinophile auch im Blute vermehrt, bis 10%; Flimmerepithelien. **Diff.-Diagnose** cf. Dyspnoe, Asthma cardiacale, Bronchial-, Trachealstenose. **Therapie:** Gelegenheitsursachen (s. o.) meiden. Grundleiden bekämpfen. Bei nervöser Grundlage hier oft gut Hydrotherapie u. vor allem Suggestivbehandlung, ev. elektr. Strom zur Unterstützung. Jod-, Arsen-, Atropin-, Bromkur; cf. Neurasthenie, Hysterie. Bei bronchitischem A. sorgfältige Bronchitisbehandlung; bes. wichtig klimatische Kuren, balneologisch u. pneumatisch; cf. Bronchitis chronica. Bes. gut oft Hochgebirge, jedoch individuell verschieden; vor allem dabei Nerven, Konstitution, Alter berücksichtigen bzw. behandeln. Anfall: Da Asthma oft zeitlebens, Morphium (Rp. 131, 1½ Spr.), das an sich am besten hilft, möglichst meiden oder nur in Pulver, oder Chloral (2,5, Rp. 111, 112) oder Atropin (½—1 mg Rp. 147), subcutan, auch innerlich (Pillen). Auch längere Atropinkur (Pillen zu 0,005 3× tgl. 1 Stück, jeden 3. Tag eine mehr bis 2 stdl. 1 Pille, 4—6 Wochen). Sehr gut oft Tuckersches Geheimmittel (genau nach Anweisung). Ebenso (Einhorn) Rp. Cocain. nitric. 1,028, Atropin. nitric. 0,58, Glycerin. 32, 16, Aqu. 66, 23; S. 2—3× tgl.; Vorsicht, Gift; Spray (2 Stöße) in Nase, tief einatmen. Auch Coffein. natr.-salicyl. 0,2, Antipyrin 0,8 als Pulver. Zu Einatmungen (ausprobieren!): Amylnitrit (Rp. 56 oder innerlich 2,0 : 120,0 Aqu. 2—3 Teel. tgl.), Nitroglycerin (Rp. 58, 59), Rauch der Charta nitrata, von Stramonium- u. anderen „Asthma“-Zigaretten u. -Pulvern des Handels. Wichtig ist Jod (Rp. 27—29), da lösend, von vielen mit Pausen andauernd gebraucht. Schwitzkuren oft sehr gut: Bett oder Heißluft (Kästen), bes. gut Glühlichtbäder. Arneth.

**Asthma cardiacale.** Anfallsweise Atemnot bei Herzleiden. **Sympt.:** Beschleunigung der Atmung, dabei subjek-

tives Gefühl des Lufthungers (Dyspnoeform), vielfach mit Angina pectoris\* kombiniert (letzteres bes. bei Myokarditis chron., Coronarsklerose, Schrumpfniere). Bei Schwäche des rechten Ventrikels (Zirkulation in Lunge u. Hirn verlangsamt); daher durch körperliche Anstrengungen, in schweren Fällen selbst leichteste Bewegungen ausgelöst; in gesteigertem Masse, wenn zugleich Emphysem, Exsudat, Bronchitis, Meteorismus, Kyphoskoliose. Wenn Blutstromgeschwindigkeit verlangsamt und Druckerhöhung (Lungenstarrheit?) auch Auftreten in der Ruhe; oft grösste Angstzustände, Unruhe, Jaktation usw.; am häufigsten bei Coronarsklerose (bes. wenn linker Ventrikel ergriffen), aber auch bei jeder anderen Herzkrankheit. — Kurz, anfallsweise, bis länger anhaltend. Anfänglich ev. abortive Anfälle. Auftreten ohne jede Veranlassung, bes. aber nach Mahlzeiten, Anstrengungen, Erregungen, bes. des Nachts. Puls dabei oft ungleich, irregulär, klein, beschleunigt. Auch Lungenödemsymptome dabei (l. Ventrikel bes. befallen). **Therapie:** Wenn auf Insuffizienz beruhend, cf. Herzinsuffizienz. Wenn mit Angina pectoris s. d. Sonst Reizmittel (Kampfer, starker Kaffee, Alkohol), ableitend (grosse Senfteige, Senfpapier auf Brust, kalte ev. heisse Umschläge, heisse Hand- u. Fussbäder). Gut oft Aderlass, bes. bei hohem Blutdruck u. Beieibtheit. In schweren Fällen Morphium (Rp. 131, 0,01—0,015), ev. zugleich 1—2 Kampferspritzen (Rp. 83). Arneth.

### **Asthma nasale und andere nasale Reflexneurosen.**

Durch Nasenaffektionen (meist Polypen) hervorgerufenen resp. unterhaltenen Bronchialasthma. Auch durch Geruchsempfindungen wie Heu (s. Heuschnupfen\*), Fische, gewisse Blumenarten hervorgerufenes A. Ferner solche Unregelmässigkeiten der Menses wie überhaupt der weiblichen Genitalfunktionen, die von Nasenleiden abhängen resp. durch deren Behandlung gebessert werden (noch nicht sicher, vielfach übertrieben, so namentlich Fliess' Theorie, nach der die Genitalsphäre in nervöser Hinsicht dem Einfluss der Nase unterworfen ist [Head'sche Felder]). **Ätiol.:** Nasenpolypen, Nasenschwellungen, besonders der sog. Reflexpunkte (vorderer Teil der unteren Muschel, Tuberculum septi), Hypersensibilität der Nasenschleimhaut (Nervus sympathicus u. vagus). **Sympt.:** Neben den Grundleiden erschwerte Nasenatmung, Schnupfen, Nasenlaufen; überhaupt Symptome des betreffenden Nasenleidens, wie Nasenpolypen\*, Kieferhöhlen-eiterung\*, Rhinitis hypertrophica\*. **Therapie:** Neben Behandlung des Grundleidens einhergehend. Wenn auch keineswegs jedes Asthma von Nasenaffektion abhängig, mithin auch nicht durch dessen Behebung heilbar, so ist doch wegen Verbesserung der allgemeinen Respiration ein wirkliches (! vielfach Indikation missverstanden) nasales Atemhindernis zu beheben, meist



Polypenextraktion. Jedesmal bei Nachwachsen derselben zu wiederholen, da auch meist neue Asthmaanfalle. Gewöhnlich Erleichterung des Allgemeinzustandes. Bei sonstigen nasalen Reflexneurosen (Dysmenorrhoe) grösste Vorsicht, Erfolg sehr unsicher, oft nur Suggestion bei Hysterischen. Bei Hypersensibilität der Schleimhaut Aufspritzen von Cocain mit Zerstäuber. Rp. Acid. boric. 2,0, Cocain. mur. 0,2, Suprarenin (Paranephrin, Adrenalin) gtt. XXX, Aq. dest. ad 200,0, S. 3 × tgl. in jedes Nasenloch einzusprayen bis zur leichten Benetzung der Schleimhaut.

Max Senator.

**Ataxie.** Störung der Koordination bei gewollten Bewegungen. Jede aktive Bewegung erfolgt normal durch Anspannung der sie hauptsächlich vermittelnden Muskeln vereint mit vielen Hilfsmuskeln (Synergisten) u. in feinsten Abstufung beeinflusst durch (gleichzeitige oder abwechselnde) Anspannung der Antagonisten. Jede Störung (aber nicht einfache Lähmung einer Muskelgruppe) dieses Mechanismus bedingt ungeordnete ataktische Bewegungen. *Sympt.:* Feinere Bewegungen (in schweren Fällen auch grobe) werden nicht auf kürzestem Wege zum Ziele geführt, sondern in unregelmässigem Zickzack um dessen Richtungsachse herum. Prüfung: Patient wird aufgefordert, mit der Ferse eines Beines das Knie des anderen zu berühren; Ziffern oder Kreise in die Luft zu zeichnen, mit Zeigefinger an die Nase, mit beiden ausgestreckten Zeigefingern in der Luft gegeneinander zu fahren. Fast stets Störung stärker bei Augenschluss, am deutlichsten meist in den Beinen, aber auch an Rumpf u. Kopf, der dann bei freiem Sitzen hin und her schwankt (statische A.). Dabei gute motorische Kraft, aber oft Sensibilitätsstörungen. Bei cerebellarer A. nur Störung im Gehen u. Stehen, der Kranke schwankt ziellos wie ein Betrunkener, während z. B. der Tabiker (spinale Ataxie) immer noch die gewollte Bewegung erkennen lässt. *Ätiol.:* Störung in den zentripetalen Bahnen, sowohl für die bewussten sensiblen Reize als namentlich die unbewussten, den Muskeltonus regulierenden. Daher vorkommend bei Störung aller sensiblen Bahnen, bes. in Hinter- u. Kleinhirn-Seitenstrangbahnen (Rückenmarksleiden, bes. Tabes), seltener den peripheren Nerven (Neuritis). Cerebellare A. bes. bei Kleinhirnerkrankungen\*. *Diff.-Diagnose:* Meist leicht gegen Tremorformen (regelmässige rhythmische Bewegung in einer Ebene), Athetose, Chorea (sichere, aber ungewollte Bewegungsformen) usw.; bisweilen schwierig gegen Intentionstremor (multiple Sklerose), bei dem (meist) gewollte Bewegungen sich in ein anschwellendes Zittern in einer Ebene um Bewegungsachse herum verwandeln. *Therapie:* Die des Grundleidens. Wo dies nicht völlig zu beseitigen (Tabes u. a.), Übungstherapie nach Frenkel: Allmähliches, von den einfach-

sten Bewegungen beginnendes Einüben der notwendigsten gewollten Bewegungen (vor allem des Gehens) unter scharfer Erziehung zur Exaktheit; zuerst mit, dann ohne Augenkontrolle. Auch Nachfahren einfacher geometrischer Zeichnungen mit Hand oder Fusspitze, Treppensteigen, Gehen über Hindernisse. Übermüdung vermeiden! Bei Geduld und Exaktheit sehr erfolgreiche Methode!

S. Schoenborn.

**Ataxia hereditaria.** Syn. Friedreichsche Krankheit. Aufsteigende System-Degeneration der Gollschen, teilweise auch der Burdachschen Stränge, sowie der Kleinhirnseiten-, seltener der Pyramidenseiten-Stränge; bei der naheverwandten Hérédoataxie cérébelleuse (Marie) ausserdem Kleinheit des Kleinhirns u. Degeneration zahlreicher Bahnen. Viele Übergänge. *Ätiol.:* Familiäres, seltener direkt hereditäres Leiden (die meist in der Jugend Betroffenen heiraten selten). Unbekannte Anlageanomalie des Zentralnervensystems. Zahlreiche Anlässe zum Ausbruch, bes. Traumen. *Sympt.:* Auftreten zw. 6. u. 14. Jahr; meist rasch entwickelt hochgradige Ataxie\* spinalen (bei Hérédoataxie cérébelleuse cerebellaren) Charakters, bisweilen mit Taumeln gemischt; Muskelunruhe, Grimassieren. Keine Sensibilitätsstörungen. Grobe Kraft gut. Sehnenreflexe fehlen; Babinskis Reflex vorhanden. Pes varus. Nystagmus, Sprachstörung (langsam, explosiv). Pupillen frei. Bei Hérédoataxie cérébelleuse noch Opticusatrophie u. Psychosen. *Diff.-Diagnose:* Schwierig nur gegen Tabes (Pupillenstarre, deutliche Sensibilitätsstörungen). *Therapie:* Aussichtslos. Übungstherapie (S. 46).

S. Schoenborn.

**Atherom.** Grützbeutel. Verstopfungen des Ausführungsganges von Talgdrüsen der Haut. Beginn als Comedonen\*. Sitz daher in der Haut, oft mit Seborrhoe\* verbunden. *Sympt.:* Stecknadel- bis walnussgrosse Knoten. Sitz, von verdünnter Haut bedeckt, meist Kopf oder Gesicht, auch Rücken oder Genitale. Auf der Unterlage mit der Haut frei beweglich. Sehr langsames Wachstum. *Komplik.:* Epitheliom auf atheromatöser Basis. *Diff.-Diagnose:* Dermoide\* (sitzen unter der Haut, kommen mehr im jugendlichen Alter vor, während Atherom wegen des langsamen Wachstums bei älteren Leuten). *Therapie:* Ausschälen mit dem ganzen Cystenbalg; sonst leicht Recidiv.

Kaposi.

**Athetose.** Unwillkürliche, meist unaufhörliche, langsame, wurmartige Bewegungen, bes. der Finger u. Zehen, oft mit extremen Überstreckungen. *Ätiol.:* A. ist eine motorische Reizerscheinung, eine Art Krampf, cerebralen Charakters, bei Herden im Bereich der zentralen Ganglien (bes. Thalamus opticus, Linsenkern), daher oft halbseitig (Hemiathetose) nach

Apoplexie u. dgl. („posthemiplegica“) als Spätsymptom. Sehr selten primär (in der Kindheit oder später entstehend; Athétose double, weil meist doppelseitig). **Diff.-Diagnose:** Cf. Ataxie, Chorea (rasche, ungewollte Bewegungen). **Therapie:** Aussichtslos; ev. Behandlung des Grundleidens (Tumoren), Übungstherapie (S. 46).  
S. Schoenborn.

**Atresia ani et recti.** Hemmungsmissbildung infolge Fehlens der normal eintretenden Verbindung des blinden Mastendes mit der Hauteinstülpung am After. Bei A. ani ist keine Analeinstülpung gebildet, bei A. recti ist sie vorhanden, ohne das Mastdarmende zu erreichen. Gleichzeitig ev. abnorme Verbindungen mit Blase, Harnröhre oder Scheide (A. r. vesicalis, urethralis, vaginalis). **Diagnose** leicht, da Kotentleerung fehlt. Besteht jedoch Verbindung mit Blase usw., so entleert sich Kot mehr oder weniger aus abnormer Öffnung. Grosse Lebensgefahr, falls nicht breite Verbindung mit der Scheide. **Therapie:** Operative Spaltung der Zwischenwand, am besten durch Kreuzschnitt. Ist die Zwischenwand sehr dick, dann präparierendes Vorgehen in der Kreuzbeinhöhle bis zum Mastdarmende. Bei abnormer Verbindung mit Blase, Scheide, Harnröhre, Versuch, die Verbindung, nach vorheriger Eröffnung des Darmendes, durch Naht beider Öffnungen zu schliessen. Sehr schwierig. Prognose wenig gut.  
Leser-

**Atropinvergiftung.** Medizinal; Selbstmord; Genuss von Tollkirschen (*Atropa Belladonna*). Ähnlich *Datura Stramonium* (Stechapfel) bzw. Hyoscyamin u. Scopolamin. **Sympt.:** Bald Trockenheit im Mund u. Rachen, Schluckbeschwerden. Kopfkongestionen. Sinken der Körperwärme. Weite starre Pupillen, Doppelsehen. Trockne, heisse, scharlachrote Haut. Pulsbeschleunigung. Schwere Angst u. Aufregungszustände. Schwindel, Halluzinationen, Krämpfe, Anurie, Koma. Atmungs-lähmung. **Diagnose:** Durch genannte Symptome u. Atropinnachweis im Harn (Einträufelung in Katzenauge erzeugt Mydriasis). **Therapie:** Magenspülung. Brechmittel (Rp. 78 ff). Vor allem Morphium (0,02, nach Bedarf wiederholt, bei Kindern einige mg). Auch Tannin (Rp. 11, halbstl.) oder gepulverte Holzkohle (teelöffelweise). Behandlung des Koma\*. Bei Anurie Katheterisieren.  
Guttman.

**Aufgesprungene Hände.** Rhagadenbildung. **Ätiol.:** Fettmangel der Haut bei bestimmten Gewerben oder durch häufiges Waschen mit alkalischen Seifen oder durch Kälte. **Therapie:** Vor jedesmaligem Waschen Einfetten der Hände mit Vaseline; neutrale zentrifugierte Kinderseife gebrauchen, gleich danach mit Glycerin Honey Jelly einfetten. Zur Nacht

ein Crème (Rp. Spermaceti 15,0, Cer. alb. 7,5, Ol. Amygdal. dulc. 30,0, liquef. leni calore, admisce Ol. Bergamott. 2,0).

M. Joseph.

**Aufgesprungene Lippen.** *Ätiol.:* Wie bei aufgesprungenen Händen. *Therapie:* Verbot von aromatischen und nur Verwendung von einfachsten Zahnpulvern und Mundwässern. Einfetten mit Borvaseline oder Lippenpomade (Rp. Butyr. Cacao 90,0, Cerae alb. 30,0, Spermaceti 15,0, Ol. Jasmini 15,0, semi refrigerat. admisce Ol. Bergamott. 1,0, Carmini 0,1—0,2). Cf. Faulwinkel.

M. Joseph.

**Augengeschwülste.** *Sympt.:* 1. Stadium: Unbemerktes Wachstum, zufälliger Befund. 2. Stadium: Intraokulare Drucksteigerung. 3. Stadium: Durchbruch nach aussen. 4. Stadium: Generalisierung. *Therapie:* Bei 1 u. 2 Enucleatio bulbi, bei 3 Exenteratio orbitae, bei 4 Therapie aussichtslos. — Speziell: a) Sarkome des Uvealtractus. *Sympt.:* Schwarze prominente Knoten der Iris. Bei der Lokalisation in der Aderhaut partielle oder totale Amotio retinae. Oft steil ansteigend, nicht flottierend, hinter der abgelösten Retina ein zweites Gefäßsystem oder schwarzbraune Massen. Tonus normal oder erhöht. Durchbruch mit Vorliebe neben dem Opticus. Dann Protrusio bulbi. b) Glioma retinae. *Sympt.:* Kinder bis zu 6 Jahren. Netzhaut abgelöst. Weisse Massen hinter und auf der abgelösten Partie mit feinen träubchenartigen Erhebungen u. neugebildeten Gefässen. Amaurotisches Katzenauge. *Diff.-Diagnose* zu a und b: Glaskörperexsudate u. subretinale Exsudate lassen sich mit Durchleuchtungslampe durchleuchten. c) Melanosarkome u. Papillome der Cornea. d) Myxosarkome des Opticus. *Sympt.:* Protrusio bulbi, Atrophia nervi optici.

Schieck.

**Augenmuskellähmungen.** Lähmung der äusseren Augenmuskeln. *Ätiol.:* Erkrankungen des Gehirns (multiple Sklerose, progressive Paralyse, Tabes, Bulbärparalyse, Lues, Tuberkulose, apoplektische Insulte, Tumoren), der Hirnbasis (Meningitis usw.), Periostitis der Schädelbasis in der Nähe der Fissura sphenoidalis, Erkrankungen der Orbita u. Nebenhöhlen (Periostitis, Abscesse, Exsudate, Tumoren, Fremdkörper, Thrombose der Orbitalvenen), Verletzungen, kongenitale Störungen, Diphtherie selten. *Sympt.* u. *Diff.-Diagnose* (gegen Strabismus concomitans): 1. Abweichung des gelähmten Auges, Schielstellung nach derjenigen Seite, die der Wirkung des erkrankten Muskels entgegengesetzt ist (Übergewicht des Antagonisten). Abweichung nimmt zu beim Blick nach der Angriffsrichtung des gelähmten Muskels, z. B. bei linker Abducensparese beim Blick nach links, bei linker Internusparese beim Blick

Spezielle Diagnostik und Therapie.

4

nach rechts, da der linke Abducens nach links, der linke Internus nach rechts wirkt. Infolge davon 2. Doppelbilder (Prüfung durch Vorhalten eines gefärbten Glases vor das eine Auge im verdunkelten Raume bei Fixation einer Lichtflamme). Bei letzteren Seitenablenkung, gleichnamige u. gekreuzte Doppelbilder, Höhen- bzw. Tiefenablenkung, Differenzen in der Meridianneigung, wobei das obere Ende des durch die Hornhautmitte gelegten vertikalen Meridians (resp. das obere Ende der Lichtflamme) berücksichtigt wird. 3. Charakteristische Kopfhaltung: die Patienten drehen den Kopf so, dass sie möglichst wenig durch die Doppelbilder belästigt werden u. die Funktion des gelähmten Muskels möglichst ersetzt wird. Bei Lähmung eines nach rechts wirkenden Muskels wird z. B. Gesicht nach rechts gedreht, bei Lähmung eines Hebers nach oben, während Störungen in der Meridianrichtung durch Kopfneigung ausgeglichen werden. 4. Falsche Projektion. Hält man das gesunde Auge zu und zwingt man das gelähmte nach der Seite der Lähmung hin zu fixieren, so meint der Patient, das fixierte Objekt liege weiter nach der Seite der Wirkung des gelähmten Muskels, als es sich tatsächlich befindet. Bei der Aufforderung z. B. mit einem Bleistift nach dem fixierten Objekt zu stossen, bewegt er den Stift in der Wirkungsrichtung des gelähmten Muskels am Ziele vorbei. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens. Elektrisieren des gelähmten Muskels mit ganz schwachen konstanten Strömen. Jodkali. Schmierkur. Bei sehr störenden Doppelbildern schwarze Brille vor das gelähmte Auge. Im einzelnen gilt Folgendes (cf. Schema S. 51):

Rectus externus (N. abducens): Beweglichkeitsbeschränkung nach aussen, Abweichen des gelähmten Auges nach innen, also Strabismus convergens. Trugbild des gelähmten Auges in gleicher Höhe mit dem Bilde des gesunden Auges auf der dem kranken Auge entsprechenden Seite (gleichnamiges Doppelbild, bei rechter Abducensparese rechts). Die Doppelbilder entfernen sich voneinander beim Blick nach der Seite des erkrankten Auges, nähern sich beim Blicke nach der gesunden Seite, bis sie sich decken.

Rectus internus (N. oculomotorius): Beweglichkeitsbeschränkung nach innen, Abweichen des gelähmten Auges nach aussen, daher Strabismus divergens. Trugbild des gelähmten Auges in gleicher Höhe mit dem Bilde des gesunden Auges auf der dem kranken Auge gegenüberliegenden Seite (gekreuztes Doppelbild, bei rechter Internusparese also links). Die Doppelbilder entfernen sich voneinander beim Blick nach der Seite des gesunden Auges, nähern sich beim Blick nach der Seite des erkrankten Auges, bis sie sich decken.

Rectus superior (N. oculomotorius): Beweglichkeits-

**Schema der Doppelbilder**  
 bei Augenmuskellähmungen (nach Landolt).

Rectus ext. links.			Rectus ext. rechts.
Rectus int. links.			Rectus int. rechts.
Rectus sup. links.			Rectus sup. rechts.
Rectus inf. links.			Rectus inf. rechts.
Obliquus sup. links.			Obliquus sup. rechts.
Obliquus inf. links.			Obliquus inf. rechts.

Das dunkle Licht ist das Trugbild.

„Rechts“ und „Links“ bezieht sich auf die Angaben des Untersuchten.

beschränkung nach oben u. etwas nach innen; Abweichen des gelähmten Auges nach unten, etwas nach aussen unter Neigung des oberen Endes der vertikalen Meridians nach aussen. Trugbild des gelähmten Auges steht höher als das Bild des gesunden auf der dem kranken Auge entgegengesetzten (gekreuzten) Seite; Spitze der Lichtflamme des Trugbildes ist nach der gekreuzten Seite geneigt (bei rechtsseitiger Lähmung also nach links). Die Doppelbilder entfernen sich in der Höhe voneinander beim Blick nach oben in der Horizontalen u. in der Meridianneigung beim Blick nach der gesunden (gekreuzten) Seite. Sie nähern sich beim Blick unterhalb der horizontalen Mittellinie.

*Rectus inferior* (N. oculomotorius): Beweglichkeitsbeschränkung nach unten, etwas nach innen; Abweichen des gelähmten Auges nach oben u. etwas nach aussen unter Neigung des oberen Endes des vertikalen Meridians nach innen. Trugbild des gelähmten Auges tiefer als Bild des gesunden, auf der gesunden (gekreuzten) Seite; sein oberes Ende hängt nach der erkrankten Seite über. Die Doppelbilder entfernen sich voneinander im Höhenabstande beim Blick nach unten, im Seitenabstand u. in der Meridianneigung beim Blick nach der gesunden (gekreuzten) Seite. Sie nähern sich einander beim Erheben des Blickes über die horizontale Mittellinie.

*Obliquus superior* (N. trochlearis): Beweglichkeitsbeschränkung nach unten u. etwas nach aussen; Abweichen des gelähmten Auges nach oben, etwas nach innen, unter Neigung des oberen Endes des vertikalen Meridians nach aussen. Trugbild des gelähmten Auges tiefer als Bild des gesunden auf der Seite des kranken Auges, hängt mit seinem oberen Ende nach der gesunden Seite über. Die Doppelbilder entfernen sich voneinander beim Blick nach unten im Höhenabstande, im Seitenabstande u. in der Neigung des Meridians beim Blicke nach der kranken Seite. Sie nähern sich beim Heben des Blickes über die horizontale Mittellinie.

*Obliquus inferior* (N. oculomotorius): Beweglichkeitsbeschränkung nach oben, etwas nach aussen; Abweichen des gelähmten Auges nach unten, etwas nach innen, unter Neigung des oberen Endes des vertikalen Meridians nach innen. Trugbild des gelähmten Auges steht über dem Bilde des gesunden Auges auf der Seite des kranken (gleichnamiges Doppelbild), hängt mit seinem oberen Ende nach der kranken Seite über. Die Doppelbilder entfernen sich im Höhenabstande beim Blick nach oben, im Seitenabstand und in der Meridianneigung beim Blicke nach der kranken Seite. Sie nähern sich beim Senken des Blickes unterhalb der horizontalen Mittellinie.

Oft mehrere Muskeln gleichzeitig befallen; bei kompletter Oculomotoriusparese: *Rectus int.*, *sup.*, *inf.*, *Obliquus inf.*,

Levator palpebrae. Das Auge ist dann von dem schlaff herabhängenden Lide bedeckt und steht infolge der Wirkung der allein intakt gebliebenen Rectus ext. (N. abducens) u. Obliquus sup. (N. trochlearis) in Schielstellung nach aussen u. etwas nach unten. Zur totalen Okulomotoriusparese gehört auch Lähmung der Akkommodation u. des Sphincter pupillae (Ophthalmoplegia interna); letztere auch allein, z. B. bei Diphtherie u. Botulismus.

Schieck.

### Augenverätzungen u. -Verbrennungen. *Ätiol.:*

Kalk, heisse Flüssigkeit (Dampf usw.), Ätzgifte. *Sympt.:* Bald nach Verletzung Rötung u. Schwellung der Bindehaut (oft Chemose), starke Tränenabsonderung. Verätzte Gebiete blass, mit matter Oberfläche. Verätzte Hornhaut hauchig bis milchig trübe, Epithel gestichelt. Je nach Ausdehnung u. Tiefenwirkung des Insults stossen sich nach Wochen die betroffenen Partien nekrotisch ab, die Substanzverluste füllen sich mit Granulationsgewebe unter Schrumpfung u. Bildung eingezogener Narben. Ist ein grösserer Teil der Sklera am Limbus verbrannt, dann trübt sich die vorher transparente Cornea allmählich u. kann noch nach Wochen nekrotisch werden, perforieren. (Daher Vorsicht bei der Prognose!) *Komplik.:* Staphylome, partielle u. totale Symblypharon. Einlagerung undurchsichtiger Kalksalze in die Kornea. *Therapie:* Peinliche Reinigung des Auges möglichst schnell nach Verletzung. Entfernung festhaftender Kalkpartikel unter Cocain mit Pinzette u. Wattetupfern (zweckmässig in steriles Olivenöl getaucht). Einstreichen von Vaseline oder 1%iger Cocainsalbe, kühle Umschläge. Bei iritischer Reizung Atropin. Sobald Nekrose entsteht, Verband. Versuch, ev. Verwachsungen der Bindehautblätter täglich mittelst in Vaseline getauchten Glasstab zu lösen. Später Schleimhautplastik. In die Hornhaut eingelagerte Kalksalze werden gelöst durch warme Umschläge u. Augenbäder bzw. Berieselung mit 10% neutralem Ammoniumtartrat; ev. monatelang.

Schieck.

**Augenverletzungen.** Cf. Augenverätzungen, Fremdkörper d. Auges, sympathische Ophthalmie. Stumpfe Traumen können erzeugen: 1. Berstung der Sklera; konzentrisch mit dem Limbus (mit u. ohne Eröffnung der Conjunctiva) oder konzentrisch um den Sehnerveneintritt. Im ersteren Falle wird durch den Spalt manchmal losgerissene Iris oder Linse unter die Bindehaut geschleudert. 2. Subluxation oder Luxation der Linse in vordere Kammer oder in Glaskörperraum. Stellt sich Linse mit ihrem Äquator zur Hälfte in das Pupillargebiet, so entsteht monokulare Diplopie, da der eine Teil der Pupille eine Linse hat, der andere nicht u. hohe Refraktionsdifferenzen



die Folge sind. 3. Sekundärglaukom als Folge von 2. Ferner 4. Linsentrübungen durch Kapselriss. 5. Blutung in die vordere Kammer (Hyphaema). 6. Einrisse in den Sphincter pupillae u. Iridodialyse (partielle Abtrennung der Iris vom Corpus ciliare). In letzterem Falle infolge Vorhandenseins von zwei Pupillen monokulare Diplopie. 7. Lähmung des Sphincter pupillae (Mydriasis traumatica) u. Akkommodationslähmung. 8. Netzhautabhebung. 9. Glaskörperblutung. 10. Chorioidealriss (weisse zackige schmale Streifen im Rot der Aderhaut, 11. Abreissung des Sehnerven (Blut vor der Papille). 12. Bluterguss in die Orbita mit Protrusio bulbi. Bei Schädelbasisfraktur: 13. Atrophia nervi optici infolge Blutung in den Scheidenraum des Opticus, Kontinuitätstrennung des Opticus.

Scharfe Verletzungen können erzeugen: 1. Ulcus corneae serpens; 2. Durchschlagen der Cornea, Iris, Corpus ciliare usw., Katarakta traumatica, Iritis plastica u. purulenta, Glaskörperexsudat, Amotio retinae, Glaskörperverlust. Besonders wichtig die Verletzungen durch Eisensplitter (cf. Fremdkörper).

Schieck.

**Autointoxikationen.** Unter noch unbekanntem Bedingungen im Magendarmkanal (enterogene Au.) oder in den Geweben (histiogene Au.) vermehrte Bildung u. Resorption giftiger Stoffwechselprodukte. Dann Krankheitsbild ähnlich einer Vergiftung: Gastrointestinale Symptome, Kopfschmerzen, Schwindel, lähmungsartige Zustände, selbst Krämpfe. — Gewöhnlich dabei Äther-Schwefelsäure bzw. Indican vermehrt. Gleichzeitige, häufig vorhandene Acidose wird, zum Teil mindestens, durch Inanition erklärt. — Enterogene Au. als Ursache verschiedener Blutkrankheiten (Chlorose, pern. Anämie, Leukämie) sehr unsicher, da Vermehrung der Darmfäulnis nicht nachzuweisen ist. — Dagegen diese bei chronischer Nephritis; auch hier Zusammenhang vermutet. — Sehr wahrscheinlich ist eine Au. Ursache der gastrogenen Tetanie\*, nach einzelnen Autoren auch des Status epilepticus. Urämie\*, Koma diabeticum\*, Eklampsie\* sind ebenfalls eine Art von Au. **Therapie:** der intestinalen Au.: Einschränkung der Eiweiss-, Vermehrung der Kohlehydratzufuhr. Kalomel, Tannin; letzteres auch zu Klysmen u. Darmspülungen (Rp. 11, 12). Bei Acidose Alkalien.

Beuttenmüller.

**Autophonie.** Verstärktes Hören der eigenen Stimme mit nasaler Klangfarbe; cf. Ohrgeräusche. **Ätiol.:** Sowohl Verschluss der Tuba Eustachii (Schwellung der Schleimhaut, Exsudate in der Paukenhöhle, Tumoren) als auch ihr ständiges Offenstehen (z. B. bei hochgradiger Abmagerung mit Schwund des Fettpolsters in der medialen Wand ihrer Rachenmündung).

Verschluss des äusseren Gehörganges (z. B. durch Cerumen).

**Sympt.:** Unangenehme Resonanz der eigenen Stimme in einem oder in beiden Ohren, so dass lautes Sprechen vermieden wird; auch das Durchstreichen der Luft durch die Nase wird lauter gehört. Tage- oder wochenlang dauernd. **Therapie:** Freilegung des Gehörganglumens, Beseitigung von Exsudaten in der Pauke, von Rachenkatarrhen, Massage der Tube durch den Katheter hindurch mit Zelluloidsonde, Mastkuren.

Bloch.

**Balanitis, Balanopösthitis.** **Sympt.:** Auf der Eichel u. im Sulcus coronarius flache, scharf umschriebene, kreisförmige, runde oder ovale Erosionen, stark gerötet, mit weissem Saum. Mitunter vergrössern sich Erosionen schnell u. konfluieren mit polyzyklisch begrenzten Flächen (B. erosiva). Neben erheblicher Eiterung oft akute Lymphangitis u. hochgradige Phimose. Bei erosiver Form massenhaft die leicht durch Carbofuchsin nachweisbare Spirochaete refringens, die zuweilen sogar in Gewebe eindringt (Levaditi-Färbung). Gewöhnliche Balanitis oft bei Diabetikern. Bei Psoriatikern nicht selten auf Glans penis u. Lamina int. praeputii rote, scharf abgegrenzte Flächen; fast ohne Schuppen (B. psoriatica). **Therapie:** Sorgfältige Reinigung mit warmem Wasser oder verdünntem  $H_2O_2$ , Einstreuen von Borsäure, Dermatol oder Jodoform. M. Joseph.

**Bandwürmer.** Bestehen aus Kopf (Scolex) u. Gliedern (Proglottiden), in denen Eier entstehen. Diese entwickeln sich im Magen eines Zwischenwirts zu Finnen (Cysticerken), die im Magendarmkanal eines neuen Wirts wieder zu B. auswachsen. Bei uns am häufigsten: 1. *Taenia solium*: 2—3 m. Kopf stecknadelkopfgross, mit 4 Saugnäpfen u. Hakenkranz. Die reifen Proglottiden kürbiskernartig; Geschlechtsöffnung alternierend an der rechten u. linken Kante in einer kleinen Erhebung; Uterus wenig verzweigt. Eier kugelig oder oval, mit radiär gestreifter Schale u. sechshakigem Embryo. Finne in Schweinen. 2. *Taenia saginata* s. *mediocanellata*: Bis 8 m. Kopf bis 2 mm breit, mit 4 Saugnäpfen ohne Hakenkranz. Proglottiden grösser u. dicker, mit vielfach verästeltem Uterus u. nicht regelmässig alternierender kantenständiger Geschlechtsöffnung. Eier grösser als beim vorigen, sonst ähnlich. Finnen in Rindern u. Ziegen. 3. *Bothriocephalus latus*: 4—9 m. Kopf spatelförmig mit 2 Saugnäpfen ohne Hakenkranz. Proglottiden breit mit flächenständiger Geschlechtsöffnung, um die rosettenförmig der mit Eiern vollgepfropfte Uterus schon makroskopisch als dunkler Fleck sichtbar. Eier oval mit bräunlicher gedeckelter Schale. Finnen in Fischen. — Cf. *Echinococcus*. **Sympt.:** Zuweilen keine oder geringe Beschwerden (Leibschmerzen, Übelkeit,

Mattigkeit); zuweilen, bes. bei Kindern, stärkere (Koliken, Erbrechen, Nervosität, Krämpfe usw.). Bothriocephalus verursacht hochgradige Anämie. Cf. Cysticerken. **Therapie:** Fleisch u. Fische nie roh essen! Abtreibungskur nur bei sicherer Diagnose (Nachweis von Proglottiden im Stuhl, ev. nach Abführmittel). Cave kränkliche Personen u. Schwangere; Vorsicht bei Kindern! Vorbereitungskur (tags vorher wenig essen, abends Heringssalat) unnötig; Abführmittel (Ricinusöl) bzw. Klysmata genügt. Morgens nach dem (schwarzen) Kaffee das eigentliche Wurmmittel (im Liegen bzw. Bett!); gleichzeitig, besser nach 1—2 Stunden Abführmittel (0,5 Kalomel usw., ev. zu wiederholen). Kur nur gelungen, wenn Kopf abgegangen (Stuhl durch Gaze durchsehen!). Wiederholung erst nach Monaten, wenn neue Glieder abgehen. Bewährt Extr. Filicis, falls frisch; am besten in schwarzem Kaffee oder mit Sirup. Menthae oder in Kapseln; zuweilen üble Nebenwirkungen (cf. Farnkrautvergiftung). Rp. Extr. Filicis maris aether. rec. parat. 1,0. D. t. d. VII—X in capsulis. S. in 2 Portionen binnen  $\frac{1}{2}$  Std. zu nehmen. Empfehlenswert in Form des Helfenberger Bandwurmmittels, wo Ricinusöl gleich dabei (cf. Gebrauchsanweisung; auch für Kinder vorrätig). Gut auch Filmaronöl (Erwachsene 10,0, Kinder 3,0 bis 8,0 in schwarzem Kaffee). Ferner (falls unverfälscht zu haben) Kamala 10,0, in 2 Portionen binnen  $\frac{1}{2}$  Std. in Oblaten oder gut umgerührt in Wein zu nehmen; Kindern 1,5—3,0 in Pulpa Tamarindorum. Letzteren auch geschälte Kürbiskerne 60 bis 80 g, mit gleichviel Kandiszucker frisch verrieben. Guttmann.

**Bantische Krankheit.** Primärer Milztumor mit sekundärer Entwicklung einer Lebercirrhose. Jungliches Alter bevorzugt. Initiales anämisches Stadium, glatte, grosse Milz, Fieberanfalle, Leukocyten unverändert; ev. jahrelang. Dann Entwicklung der Lebercirrhose\* mit allen Symptomen; schwere Anämie, Kachexie, keine Leukocytose. Wenn hochgradiger toxischer Eiweisszerfall (Gesamtstickstoff, Purinbasen) nachgewiesen, bei Milzexstirpation Heilung beobachtet, auch wenn Cirrhose schon in Entwicklung. Cf. Pseudoleukämie.

Arneth.

**Barlowsche Krankheit.** Am häufigsten bei Kindern im 2. Lebenshalbjahre. **Ätiol.:** Lange fortgesetzte Ernährung mit zu einförmiger, insbes. künstlicher, sterilisierter od. pasteurisierter Nahrung. **Sympt.:** 1. Hochgradige Schmerzhaftigkeit u. Schwellung der Knochen u. Gelenke, beginnend mit Anschwellung der unteren Epiphysengrenze des Oberschenkels (Schmerzgeschrei u. blitzartige Zuckung des ganzen Körpers bei Druck). Schleimhautblutungen (Zahnfleisch zeigt, falls Zähne vorhanden, leicht bläuliche Verfärbung bis intensive Aufwulstung u. Sug-

gillation). Subperiostale Blutungen (Knochenauftreibungen, Röntgenbild!). Hämaturie. 2. Appetitlosigkeit, Schreien beim Aufnehmen bzw. jeder Berührung, blasses Aussehen, atypisches Fieber. **Diff.-Diagnose:** Rachitis\*, Syphilis\*, Osteomyelitis\*, akuter Gelenkrheumatismus\*. **Therapie:** Neben roher Milch frische Frucht- u. Gemüsesäfte (Mohrrüben, Äpfel, Birnen, Apfelsinen), für ältere Kinder roher Fleischsaft (teelöffelweise) u. weiche Gemüse (Spinat, Karotten, Blumenkohl, Spargelspitzen). Gegen Schmerzen Priessnitz. Unterlassen unnötiger Berührungen u. Bewegungen (nicht baden). **Prognose** gut.

Hasenknopf.

**Bartholinitis.** **Ätiol.:** Infektion, meist durch Gonokokken, seltener Staphylococcus aureus. **Sympt.:** Schmerzhaft, entzündliche, zuweilen fluktuierende Schwellung im hinteren Drittel der grossen Labie, ev. zu Abscess- oder Cystenbildung führend; meist doppelseitig. Abscesse perforieren meist an der Innenseite der grossen Labie. **Diff.-Diagnose:** Hernia labii majoris, Haematoma vulvae. **Therapie:** Antiphlogose. Bei Abscess breite Öffnung u. Tamponade, besser Exstirpation (von der Aussenseite der Schamlippe).

Kayser.

**Baryumvergiftung.** **Sympt.:** Gastroenteritis, Herzklopfen, langsamer harter Puls, Krämpfe, ev. Taubheit, Doppelsehen, Herzlähmung. **Therapie:** Magenspülung, ev. mit Natr. oder Magnes. sulfur (1 Essl. auf 1 l Wasser). Innerl. Eiweiss, Natr. sulfur. (20 : 150, alle 5 Min. 1 Essl.). Gegen Kolik Atropin (Rp. 147). Bei Krämpfen Narkotica.

Guttman.

**Basedowsche Krankheit.** **Ätiol.:** Das früher aus der Trias: Pulsbeschleunigung, Struma pulsans, Exophthalmus zusammengesetzte Syndrom, das diesen Namen trägt, gilt jetzt wohl mit Recht durchweg als ein auf mangelhafter Funktion der Thyreoidea beruhendes Vergiftungsbild, eine Thyreotoxikose, bei der die genannten Symptome aber sehr verschieden ausgebildet sein können. Wahrscheinlich Hyperfunktion der Drüse. Ausserdem hereditäre Anlage. Koinzidenz mit anderen Neurosen (Migräne). Überwiegend Frauen. Meist hyperplastische, im Beginn vasculäre Struma. Direkter Anlass nicht bekannt; auslösend bisweilen grosse psychische Erregungen. **Sympt.:** Beginn meist mit Tachykardie, 110—180 Pulse, auch in der Ruhe, Herzklopfen, überall sichtbar pulsierende Gefässe, am Halse Venengeräusche. Später Irregularität, Herzgeräusche, alle Zeichen von Myokarditis. Dabei stets Struma sehr verschiedener Grösse, meist mit fühl- u. hörbarem Pulsieren u. Sausen. Weniger konstant Exophthalmus; stets doppelseitig, manchmal nur als ein stärkeres „Glänzen“ der Augen ohne eigentliche Vorwölbung imponierend. Graefesches Symptom: beim Senken der Bulbi

nach unten bleiben Oberlider zurück. Möbiussches Symptom: rasches Ermüden der Bulbi bei Konvergenz. Vasomotorisch-nervöse Symptome sind ferner: feinschlägiger Tremor der Hände, Schwisse, allgemeine Erregbarkeit, Diarrhoen, Herabsetzung des galvanischen Leitungswiderstandes der Haut. Häufig Ernährungsstörungen, selbst Kachexie; öfters Glykosurie. Die Symptome sind verschieden wichtig; oft überwiegen völlig die kardiovasculären Symptome („Kropfherz“). **Verlauf:** Selten akut, dann oft letal. Meist sehr chronisch, allmähliche Zunahme der Kachexie, aber auch spontane Besserungen u. Heilungen. **Komplik.:** Epilepsie, Hysterie, Psychosen. **Diff.-Diagnose:** Bei unausgebildeten Fällen (Kropfherz) schwierig gegen Cor nervosum oder Neurasthenie (genaue Kontrolle d. Basedowsymptome!). **Therapie:** Souverän wohl nur partielle Kropfexstirpation (oft keine Dauerheilung!); internistisch vor allem Klimakuren (Mittelgebirge), Arsenpräparate (Rp. 21 ff.), auch Brom (Rp. 139 ff.; kein Jod! kein Thyreoidin!). Galvanisation des Sympathicus am Halse mit schwachen Strömen. Grosse körperliche u. geistige Ruhe. Spontan häufig Besserungen, selten Heilungen.

S. Schoenborn.

Therapie vom Standpunkt des Chirurgen (Kocher): Möglichst frühzeitige Operation, bevor schwere Veränderungen von Herz, Nieren u. a. inneren Organen eintreten. Operation (ca. 1000 Fälle der Literatur) brachte fast stets zum mindesten Besserung, vielfach Heilung.

Kaposi.

### **Bauchfisteln. a) Angeborene.** Hemmungsmisbildungen.

1. Fistel des Ductus omphalo-entericus infolge Ausbleibens des normalen Schlusses dieser Verbindung zwischen Nabel u. unterem Ende des Dünndarms. Demzufolge Fistel am Nabel, die zum unteren Dünndarm führt. Entweder sehr eng, mit minimalem Abgang von Darminhalt, leicht mit Granulationsbildung am Nabel zu verwechseln; oder grosse Öffnung, aus der sich fast aller Dünndarminhalt entleert; oft mit Prolaps der Schleimhaut verbunden. 2. Fistel des Urachus: Ausbleiben des Verschlusses der embryonalen Verbindung zwischen Harnblase u. Nabel, die obliteriert Plica umbilicalis media heisst; feine Öffnung am Nabel, die tropfenweise oder mehr Urin entleert. Sonde führt in die Blase. Ebenfalls oft Prolaps der Schleimhaut.

**b) Erworbene.** Fisteln des Magen-Darm-Tractus, z. B. nach Perforation eines Kotabscesses oder operativ. Feine oder weitere Öffnung an irgend einer Stelle der Bauchwand, die mehr oder weniger Kot entleert. **Diagnose:** Ohne weiteres klar. Sonde dringt in Darm bzw. Magen. Wichtig Unterscheidung zwischen lippen- u. röhrenförmigen Fisteln\*. **Therapie:** Cf. Fistelbehandlung.

Leser.

### Bauchverletzungen. a) Verletzungen der Bauchwand.

Es gelten die allgemeinen Regeln der Wundbehandlung. Bei Muskelzerreissungen, wenn möglich u. nötig, Freilegen der Wunde u. sorgfältige Naht der auseinandergewichenen Muskelbündel. —

**b) Nicht penetrierende B. *Sympt.:*** Zuweilen schwerer Shock\*, innere Blutung\*, Magen-Darmverletzung. Deshalb sorgsamste Beobachtung des Verletzten. — Zeichen innerer Blutung sind Abnahme der Pulskraft, zunehmende Blässe, ev. umschriebene Contraction der Muskeln (*Défense musculaire*); später Übelkeit, Erbrechen, Ohnmacht. Bei Perforation von Magen-Darm zunehmende, anfangs oft lokalisierte Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, trockene Zunge, kleiner frequenter Puls; oft auch Verschwinden der Leberdämpfung infolge von Austreten von Luft aus Magen-Darm vor die Leber. Symptome ähneln also beginnender Peritonitis. ***Therapie:*** Bei innerer Blutung keine Excitantien, weil danach leicht Ablösung der die Gefässwunde verstopfenden Gerinnsel. Besser Laparotomie u. Aufsuchen der blutenden Stelle, wobei örtliche Schmerzhaftigkeit d. Weg zeigt; Naht des Gefässes oder Ligatur. Bei Magen-Darmperforation Ruhigstellung von Magen-Darm (Morphiuminjektion); keine Nahrung per os. Bei sicherer Perforation ohne Zögern Laparotomie, Aufsuchen der verletzten Stellen, einfache Naht der Wunde oder partielle Resektion der Umgebung mit anschliessender Naht. Jedenfalls Säuberung der Abdominalhöhle durch reichliche Spülung mit steriler physiolog. Kochsalzlösung oder sorgfältiges Austupfen. Darauf Schluss der Bauchwunde mit bzw. ohne Drainage oder bei starker Verunreinigung der Höhle lockere Tamponade. Erfolg ist, abgesehen von Ausdehnung der Wunde bei Verletzungen mit Eröffnung von Darm bzw. Magen ausschliesslich abhängig von Zeitdauer bis zur Operation. Also nach Feststellung der Organverletzung sofort operieren! Je früher der stets folgenden Peritonitis durch Eröffnung der Bauchhöhle u. folgende Massnahmen Einhalt geboten wird, um so besser die Prognose.

**c) Penetrierende B.** Selten durch stumpfe Gewalten, gewöhnlich Stich- bzw. Schussverletzungen; hier die Richtung der Wunde oft massgebend für Diagnose des verletzten Organes. Magen-Darmwunden verursachen oben genannte Symptome, desgleichen Verletzung grösserer Gefässe. Leberverletzungen: Im allgemeinen selten wegen geschützter Lage des Organes. Bei subkutanen (z. B. durch Überfahrenwerden) neben örtlicher Schmerzhaftigkeit entscheidendes Symptom die innere Blutung (s. o.). — Pankreasverletzungen: Recht selten, Diagnose ev. durch Art des Traumas (Überfahrenwerden der Oberbauchgegend), Richtung der Wunde u. durch Symptome

innerer Blutung möglich. — Milzverletzungen: Nicht ganz selten; bei offenen Wunden relativ oft Prolaps der intakten bzw. verletzten Milz. Bei offenen Wunden Schmerz in Richtung derselben, bei subcutanen Schmerz in der linken Bauchseite, Zeichen innerer Blutung (s. o.); zuweilen Vergrößerung der Dämpfung. **Prognose:** Bei abwartender Behandlung schlecht, bei operativem Vorgehen besser. **Therapie:** Bei allen penetrierenden B. sofortige Laparotomie, Anfrischen u. Verschluss der Wunden (s. o.). Bei vermuteter Milzverletzung mediale Laparotomie, Freilegung der rupturierten Milz u. gewöhnlich Splenektomie; nur bei geringfügigen Wunden Naht. Analoges Verfahren bei offenen Wunden u. Prolaps. Nur bei sehr schneller Hilfe ist prolabierte, intakte Milz zu reponieren. — Cf. Blasenverletzungen, Darmperforation. Leser.

**Beckenendlagen.** Kind wird mit Füßen resp. Steiss voran geboren. Reine Steisslagen: wenn Schenkel am Körper in die Höhe geschlagen sind. Gemischte Steisslagen: wenn Füße neben vorliegendem Steiss fühlbar. Vollkommene u. unvollkommene Fusslagen: je nachdem beide oder nur ein Fuss heruntergefallen ist. **Diagnose:** Äussere Untersuchung: Palpation des kindlichen Kopfes im Fundus uteri, Steiss über dem Becken, Auskultation der kindlichen Herztöne seitlich oberhalb des Nabels. Innere Untersuchung: Vorliegend ein weicher Teil, Fühlen der Analöffnung, der Sitzbeinhöcker, des Kreuzbeines, der Geschlechtsteile. Bei erster Steisslage Wirbeldorne nach links, bei zweiter nach rechts. Bei Fusslagen heruntergefallener Fuss meist deutlich erkennbar am Calcaneus. Bei Knielagen (Oberschenkel gestreckt, Unterschenkel gebeugt) charakteristisch breite Form des Knies u. die Palpation der Patella. Bei allen Beckenendlagen frühzeitiger Abgang von Meconium (ohne prognostische Bedeutung). **Prognose:** Für Mutter wie bei Schädellage, für Kind erheblich schlechter, da die Nabelschnur frühzeitig, ehe der Kopf geboren ist, komprimiert wird, da weiter frühzeitiger Wasserabfluss mit Nabelschnurvorfal relativ häufig. **Therapie:** Zunächst exspektativ. Fließt Fruchtwasser ab, innerlich untersuchen, ob Nabelschnur vorgefallen. Kindliche Herztöne weiter genau beobachten. Wenn Steiss einschneidet, Querbett; Steiss u. Rumpf einschneiden lassen; kommen Kopf u. Arme auf kräftiges Pressen nicht, Armlösung u. Veit-Smelliescher Handgriff. Werden kindliche Herztöne schlecht, ehe Steiss geboren, Anwendung der Schlinge in die vordere Hüftbeuge oder des Hakens in die vordere oder nach Küstner in die hintere Hüftbeuge. Besser ist Herunterholen des vorderen Fusses, was auch gelingt, wenn der Steiss tief im Becken steht, wenn man nur tiefe Narkose anwendet u. den Steiss zuerst aus dem Becken wieder zurückdrängt. Fromme.

**Beckengeschwülste.** **Abscesse:** a) Äussere; zumeist Folge einer Tuberkulose des Iliosakralgelenks. b) Innere: 1. Iliacalabscesse: folgen dem M. iliacus., perforieren unter dem Leistenband oder am inneren oder äusseren Rand des M. sartorius; imponieren als Geschwülste der Darmbeinschaukel, der sie dicht aufliegen. 2. Psoasabscesse: von der Beckenwand abgrenzbar, brechen nach innen von der Psoassehne durch; charakteristisch Beugstellung des Oberschenkels mit Drehung des Beins nach aussen! — (Cf. Senkungsabscesse.) 3. Subseröse Abscesse (meist vom Wurmfortsatz ausgehend), liegen über den inneren  $\frac{2}{3}$  des Leistenbands, perforieren hier oder am Schenkelring. 4. Von den retroperitonealen Drüsen (durch Infektion von Wunden am Bein) ausgehende Eiterungen führen zu grossen die Darmbein-grube ausfüllenden Abscessen. **Aneurysma der Leistenbeuge:** Pulsierende bei Betastung zwerchsackförmig geschieden. **Echinococcus:** Bis faustgrosse cystische Geschwulst unter der Haut oder in der Muskulatur, selten am Knochen (Darmbein, Pfanne); tritt mit Vorliebe am Foramen ischiad. majus. aus. **Diff.-Diagnose:** Glutäalaneurysma, Hernia\* ischiadica, Geschwülste des Beckenbindegewebes a) entzündlicher Genese (cf. Unterleibsgeschwülste), b) Fibrome, Lipome, Sarkome im Cavum ischio-rectale u. C. subperitoneale pelvis; meist beim weiblichen Geschlecht. — **Knochengeschwülste:** a) Fibrome; meist in der Gegend der Spina iliaca ant. sup., vom Periost ausgehend mitunter gestielt, derb oder saftreich. b) Exostosen u. Enchondrome; Lieblingssitz Nähe der Kreuzdarmbeinfuge; Exostosen zeigen gleichmässig harte höckerige Oberfläche, Enchondrome infolge partieller Erweichung mehr ungleichmässige Konsistenz der einzelnen durch tiefe Furchen geschiedenen Höcker. c) Sarkome (parostale, periostale, myelogene): flachhöckerige Oberfläche ohne tiefere Furchen; bei Sarkomen der Fossa iliaca Neuralgien des Beines oft erstes Symptom; die gefässreichen ev. pulsierenden myelogenen Sarkomen können mit Aneurysma verwechselt werden. d) Carcinome: kommen nur metastatisch vor. — Cf. Unterleibsgeschwülste.

Kayser.

**Bednarsche Aphthen.** Bei neugeborenen bzw. ganz jungen Kindern. **Ätiol.:** Mechanische Läsion durch ungeschicktes Auswischen des Mundes. **Sympt.:** Symmetrische, meist ovale, gelbe Schleimhautgeschwüre zu beiden Seiten der Raphe vor dem Übergang des harten zum weichen Gaumen, gerade über den beiden Hamuli pterygoidei; ev. Ausbreitung über grösseren Teil des harten Gaumens. **Therapie:** Gänzlichliches Unterlassen des Mundauswischens. Vorsichtiges Bepinseln der erkrankten



Schleimhaut mit 1—2 % Höllesteinlösung od. Ausspritzen des Mundes mit 3 % Wasserstoffsperoxydlösung. — Cf. Aphthen.

Hasenknopf.

**Beschäftigungsneurosen.** Innervationsstörungen (meist Krämpfe) bestimmter komplizierterer, durch regelmässige Ausübung betätigter Bewegungen. Typus: Schreibkrampf. *Ätiol.:* Fast ausnahmslos Überanstrengung bei neuropathischer Anlage, bes. Neurasthenie; oft begünstigt durch unpraktische Muskelverwendung (bes. beim Schreibkrampf). Selten nach lokalen Verletzungen oder Entzündungen. *Sympt.:* Alle Bewegungen selbst der gleichen Muskeln sind frei mit Ausnahme des zu der einen komplizierten Bewegung erforderlichen Synergismus. Beim Versuch hierzu sofort oder bald Krampf (beim Schreibkrampf bes. der Fingerbeuger, dann der Vorderarm-, Oberarm-, selbst Schultermuskeln): spastische Form; oder Zittern u. plötzliches Erlahmen: paralytische Form. Beim Schreibkrampf wird Schrift erst wie klebend, klein, undeutlich; dann entfällt die Feder oder der Arm hebt sich vom Papier. Entsprechendes beim Klavierspieler-, Melker-, Schmiedekrampf u. a.; selten in den Beinen (Tänzerinnenkrampf). Objektiver Befund negativ. *Verlauf:* Chronisch, sehr zu Rezidiven neigend. *Therapie:* Völliges Ausschalten der betr. Beschäftigung. Allgemeinbehandlung: Hydrotherapie, stabile Galvanisation, Arsen u. Eisen (Rp. 21 ff., 167 ff.), Strychnin (Rp. 151). Vorsichtige Massage. Vor allem vorsichtige Wiedereinübung. (Detailvorschriften von Zabłudowski u. a.). S. Schoenborn.

**Bisswunden. Schlangenbisse** (bei uns nur Kreuzotter oder Viper). *Sympt.:* Lokal heftiger Schmerz, rasche Anschwellung. Blutextravasate, Lymphangitis. Phlegmone. Dazu schwere Kollapssymptome. *Therapie:* Abbinden der Extremität, Aussaugen der Wunde; besser Wunde exzidieren, grosse Schnitte zur Ausblutung. Wenn nötig Herzmittel (Rp. 47 ff.). Alkohol. **Hundebisse** (auch Wölfe, Füchse, Katzen): Stets Gefahr der Lyssa\*. Wunde breit inzidieren oder exzidieren. Möglichst rasch Schutzimpfung. **Pferdebisse:** Setzen oft grosse Defekte an Schulter, Armen, Rücken. Heilen schlecht u. mit grossen Narben. Eitern lange Zeit. — Cf. Insektenstiche. Kaposi.

**Blasengeschwülste.** Nicht sehr häufig; Männer bevorzugt. Gewöhnlich gestielt, polypös; seltener flach. Vom Bindegewebe ausgehend: Fibrome, als Polypen vorwachsend; typisch das papilläre Fibrom, Zottenpolyp. Seltener Sarkome. Epithelial ausser seltenem Adenom nur Carcinom, entweder vom Epithel der Schleimhaut ausgehend, oder von Prostata in Blasenwand hineinwachsend. *Sympt.:* Zuweilen Schmerzen

beim Urinlassen, auch spontan; ev. trüber Urin. Höchst verdächtig wiederholte Blutungen aus der Blase scheinbar ohne Grund; nicht zu verwechseln mit Nieren- bzw. Harnröhren-Blutungen (cf. Hämaturie). Selten Hydronephrose bei Verlegung eines Ureters. Unter allen Umständen bei diesen Symptomen Cystoskopie. Bei Unmöglichkeit derselben Versuch der Digitaluntersuchung von Mastdarm u. Bauchdecken aus; besser Eröffnung der Blase (Sectio mediana oder alta) zur Digital-exploration oder Besichtigung des Tumors. **Therapie:** Radikale Ausrottung des Tumors. Bei umschriebenen Tumoren des Blasenausgangs, bes. bei Carcinomen, von der Prostata ausgehend, Sectio mediana; andernfalls Sectio alta. Naht der Blase. Sind bei Exstirpation Ureterenmündungen mit weggenommen, dann näht man sie, wenn möglich, an anderer Stelle in die Blasenwandung ein; wenn solches unmöglich, Fixation der Ureteren in den Mastdarm. Bei totaler Blasenexstirpation fixiert man die Ureteren möglichst nahe der Harnröhrenöffnung, so dass Urin unbehindert in Urethra abfließen kann. Palliativbehandlung sucht vor allem Blasenkatarrh fernzuhalten; demnach bei Beschwerden regelmässige Spülungen der Blase mit sterilem Wasser bzw. leichten oder stärkeren Antiseptics (3 % Bor-, 1 % Carbol-säurelösung, Argentum nitricum  $\frac{1}{2}$ —1 %); unter allen Umständen strengste Asepsik! Ausnahmsweise Heilung durch spontane Abstossung der Geschwulst möglich. Leser.

### **Blasenkrampf.** (Tenesmus vesicae, Sphincterkrampf.)

**Ätiol.:** Am häufigsten durch nervöse Störung des Sphinctertonus, entweder im Blasenzentrum im Conus terminalis oder oberhalb desselben im Rückenmark oder Gehirn; ausnahmsweise auch durch Affektion der sensiblen (u. sympathischen?) Nervenbahnen zw. Blase u. Blasenzentrum. Meist frische Rückenmarksverletzungen (Kompression, Trauma), Querschnittsläsionen oder Herdläsionen bei Myelitis, multipler Sklerose, selten bei Tabes, häufig im ersten Stadium cerebraler Apoplexien (auch bei Hirntumor). Sehr viel seltener reflektorisch bei Prostataerkrankung, Nephritis (hier meist mechanische Urinretention). **Sympt.:** Dysurie, Retentio urinae, ev. Ischuria paradoxa, Abträufeln des Urins aus übervoller Blase. Retention kann sowohl durch Sphincterkrampf wie durch Detrusorlähmung entstehen (oft nicht zu unterscheiden!). **Komplik.:** Cystitis. **Therapie:** Entleerung mit Katheter (nie vergessen bei frischer Hemiplegie!), heisse Sitzbäder, Umschläge. Narkotica u. Narkose oft unwirksam. Im übrigen je nach Grundleiden (Galvanisation). — Cf. Dysurie. S. Schoenborn.

### **Blasenlähmung.** (Incontinentia urinae.) **Ätiol.:** Leichte

Schwächezustände der Blase sind häufig, sowohl psychogen

(Angst!) als auch durch reine Muskelschwäche (post partum, bei Pluriparen bes. nach Vaginalrissen oft dauernd). Höhere Grade meist bedingt durch nervöse Störung des Sphincter- oder Detrusortonus im Blasenzentrum oder oberhalb (cf. Blasenkrampf). Häufig bei Tabes u. in späteren Stadien der oben genannten Leiden. Cf. Enuresis. **Sympt.:** Unwillkürlicher Harnabgang, entweder intermittierend (Blase entleert sich jeweils reflektorisch bei Füllung) oder dauerndes Harnträufeln. Beides kann durch Sphincterlähmung (häufiger) oder Detrusorkrampf (seltener) erzeugt werden; oft Mischung beider Zustände. Völlige Detrusorlähmung führt zur Harnverhaltung (wie bei Blasenkrampf\*) u. Ischuria paradoxa, bei der meist noch Sphincterkrampf mitwirkt. **Komplik.:** Cystitis! **Therapie:** Galvanisation (stabil, grosse Platten, vom Sakralmark zum Bauch); intraurethrale Faradisation meist nutzlos. Strychnin (Rp. 151). Im übrigen je nach Grundleiden. — Cf. Dysurie.

S. Schoenborn.

**Blasensteine.** Harnsaure, Phosphat- u. Oxalat-S., selten Cystin-, Xanthin- u. Carbonatsteine. Kern oft anders zusammengesetzt als Mantel. Uratsteine braungelblich, leicht gekörnt, selten glatt, aber deutliche Schichtung; Phosphatsteine grauweisslich, weich u. bröcklich, glatt, selten geschichtet; Oxalatsteine stark höckerig, sehr hart, dunkelbraun; Cystinsteine hart, gelblich, leicht gekörnt. **Sympt.:** Verschieden nach Grösse des Steins u. Zustand der Blase. Kleine Steine bleiben bei intakter Blase oft symptomlos. Charakteristisch plötzlich verhinderte Harnentleerung durch Verlegung der Harnröhrenmündung, wiederholte Blutungen mässigen Grades, Schmerzen in Blase bzw. Hoden, Samenstrang, Nieren. Urin gew. trübe (Schleim, Eiter), kann jedoch auch ganz klar sein. **Diagnose:** Gesichert durch Steinnachweis mittelst Instrumente, zuweilen durch bimanuelle Untersuchung; eingeführter Katheter (Vorsicht wegen Infektionsgefahr!) ruft charakteristisches Geräusch hervor. Zur Grössenbestimmung Heurteloupscher Perkuteur, bei Kindern bimanuelle Untersuchung. Röntgenphotographie! Cystoskopie! **Therapie:** Prophylaktisch Trinkkuren in Vichy, Tharasp, Wildungen u. a. Bei nicht zu grossem Stein bei Frauen Extraktion durch Harnröhre möglich; bei Männern Litholapaxie mit Bigelows Evakuationskatheter (Spezialarzt!). Lithothrypsie zu vermeiden! Litholapaxie nicht möglich 1. bei zu grossen u. zu harten Steinen (Oxalat-, Cystin-Steinen), 2. bei Cystitis, 3. bei abnorm verengter Harnröhre (Strikatur usw.). Hier Steinschnitt. Am besten Sectio alta; sie genügt für alle Steine; Bauchfellverletzung durch verbesserte Technik (Hebung der peritonealen Umschlagsfalte mittelst in den Mastdarm eingeführten Kolpeurynters, Füllung der Blase) ziemlich ausge-

schlossen. Nach Trennung der Haut in Linea alba oder quer (cave Verletzung der Bauchfellumschlagsfalte!), Fixation der Blasenwand mittelst Fäden vor Eröffnung der Blase. Sectio mediana geeignet für Steine bei Kindern u. bis walnussgrosse Steine Erwachsener. Spaltung der Harnröhre am Damm in der Pars membranacea nach Einführung eine Itinerars; nach Entfernung desselben Erweiterung der Urethra mit dem Finger oder instrumentell. Fühlen des Steins, Fassen desselben mit Zange u. Exaktion, ev. vorher Zertrümmerung desselben. Unfreiwilliger Urinabfluss nicht zu befürchten, im Gegenteil zuweilen muss abends wegen Retentio urinae katheterisiert werden. Nachfühlen nach ev. Steinresten. Während mehr u. mehr Urin durch Harnröhre abfließt, schliesst sich Wunde am Damm. Leser.

**Blasentuberkulose.** *Ätiol.:* Nicht so selten wie gew. angenommen. Ausnahmsweise primär durch hämatogene Infektion; gew. fortgeleitet von Nachbarherden (Nieren, seltener Prostata, Hoden u. Nebenhoden). *Sympt.:* Oft lange symptomlos. Zuweilen quälende Schmerzen. Verdacht, wenn längere Zeit der saure Urin von Eiterkörperchen getrübt, ohne Beimengung anderer pathogener Mikroben bleibt. Tuberkelbacillen oft nachweisbar, oft vermisst. Blutbeimengung, ev. nur mikroskopisch feststellbar. Zuweilen lästiger Tenesmus, abhängig von der Lokalisation der Ulcera. Jedenfalls Cystoskopie; hierbei ev. sichtbar Aussaat tuberkulöser Knötchen mit Verdickung u. Rötung der Schleimhaut, häufig charakteristische tuberkulöse Ulcera, meist im Trigonum Lieutaudii bzw. an der Ureterenmündung; dann wohl immer von Nierenerkrankung ausgehend. *Therapie:* (Operative) Ausschaltung des meist vorhandenen primären Herdes, zumal danach oft Blasenerkrankung abheilt. Bei relativ leichter Erkrankung regelmässige Blasenspülungen, ev. Injektion von Jodoformglycerinemulsion (10%); auch Tuberkulintherapie. Bei vorgeschrittener Erkrankung operative Eröffnung der Blase, Kauterisation der kranken Stellen bzw. Excision mit folgender Naht. Hierbei zuweilen Implantation der Ureteren in andere Blasenpartie nötig. *Prognose:* Im allgemeinen wenig gut. Leser.

**Blasenverletzungen.** Am häufigsten Stich- oder Risswunden, Ruptur; oft kompliziert durch andere schwere Verletzungen, wie Beckenfrakturen usw., aber auch möglich durch Quetschung des Bauches bei gefüllter Blase. *Sympt.:* Bei jeder Ruptur Schmerz in der Unterbauchgegend, häufiger, heftiger Urindrang, Entleerung von wenig oder gar keinem Urin, stets aber von Blut. Bei extraperitonealer Ruptur entleert Katheter neben Blut etwas Urin, bei intraperitonealer

gar keinen; ebensowenig kann der Verletzte Urin entleeren, was meist bei extraperitonealer Ruptur, wenn auch in geringer Menge möglich ist. Bei extraperitonealer Ruptur beginnt bald Harninfiltration vor u. seitlich der Blase, zunehmende Dämpfung u. Schwellung, die bald phlegmonös wird. Früher oder später bei intraperitonealer Ruptur (oft unstillbares) Erbrechen. Grosse Gefahr der Harnblasenrupturen liegt in folgender Harninfiltration\* u. Peritonitis; letztere nur bei infektiösem Urin (Cystitis, unsauberer Katheterismus nach der Ruptur!). Also niemals katheterisieren, wenn Diagnose ohne das möglich, was fast immer der Fall. **Therapie:** Sobald es sauber möglich, Eröffnung der Bauchhöhle oberhalb der Symphyse, Aufsuchen der Wunde in der Blasenwand, doppelte Naht des Risses oder lockere Tamponade. Verweilkatheter für die ersten Tage. Ist operatives Vorgehen unmöglich, jedenfalls Verweilkatheter, der steril sein muss, um die Infektion des Urins u. Blutes zu hindern. **Prognose:** Günstig bei frühzeitiger Laparotomie. Leser.

**Blastomykosen.** **Sympt.:** Die im Gesicht, am Stamm u. Gesäss auftretenden Primäreffloreszenzen gleichen Acneinfiltraten, die durch Eindringen gärungserregender Sprosspilze (Blastomyceten) sich zu grossen, Scrofuloderma ähnlichen Geschwüren mit zackigen, unterminierten, lividen Rändern u. zähem, fadenziehendem Sekret umwandeln. Mitunter dringen die doppelt konturierten, stark lichtbrechenden, meist kugelförmigen Hefepilze auch in die Nägel (Onychomykosis blastomycetica). **Therapie:** Innerlich Jodkalium; ev. chirurgische Massnahmen, Röntgenstrahlen. M. Joseph.

**Blausäurevergiftung.** Medizinal durch Aq. Amygd. amar. (ca. 60 g); gewerblich durch Cyanverbindungen (auch durch Dämpfe); Selbstmord. **Sympt.:** Schlagartiges Zusammenbrechen mit tonisch-klonischen Krämpfen. Cyanose. Dyspnoe (kurze In-, lange Expiration, immer länger werdende Atempause), sehr bald Atmungs- u. allgemeine Lähmung. Geruch nach Blausäure. Starre, weite Pupillen. Tod bei grossen Dosen in 2—5, bei kleineren in 15—60 Minuten (selten nach längerer Zeit) durch „innere Erstickung“. **Diff.-Diagnose:** Bei Nitrobenzolvergiftung Verlauf langsamer. **Prognose:** Schlecht; ca. 95% Mortalität. **Therapie:** Brechmittel (Rp. 78 ff.), bei Trismus bes. Apomorphin. Magenspülung mit Kaliumpermanganat oder H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Letzteres auch subcutan (3 %, alle Minuten 1 Spritze bis Blausäuregeruch fort). Lang fortgesetzte künstliche Atmung, O-Einatmung. Kalte Übergiessungen von Kopf u. Hals im warmen Bade. Excitantien (Rp. 83 ff.). Ev. Atropin (Rp. 147). Guttman.

**Bleilähmung.** Toxische Nervenentzündung in der Regel in mehreren Nervengebieten, aber den N. radialis bevor-

zugend. **Ätiol.:** Cf. chronische Bleivergiftung. **Sympt.:** Meist nach anderen Symptomen der Intoxikation (Koliken) langsam zunehmende Schwäche beider (oder nur des rechten) Radialisgebietes, bes. der Extensoren der Hand u. Finger (oft zuerst nur des 3. u. 4.). Typische Handstellung: herabhängende Hände bei Vorwärtsstrecken der Arme. Supinator u. Triceps bleiben verschont, dagegen manchmal Handteile des Ulnaris- u. Medianusgebietes, sowie Flexoren am Oberarm ergriffen. Seltener Nn. peronei (ohne Tibialis ant.) gelähmt, noch seltener Kehlkopfmuskeln, Vagus, Opticus, vereinzelt akut sämtliche Extremitäten u. Rumpfmuskelu. Parästhesien u. Schmerzen fehlen; Ea R vorhanden (degenerative Neuritis\*). Begleiterscheinungen: Bleisaum, Koliken, basophile gekörnte Erythrocyten im Blut. **Diff.-Diagnose:** Ganz selten ähnliche isolierte Lähmung bei Poliomyelitis\*, Neuritis\* alcoholica. **Therapie:** Sofortiges Vermeiden der Ursache. Jodkali, Strychnin, Galvanisation. Cf. Neuritis. **Prognose:** Bei frischen Fällen günstig.

S. Schoenborn.

**Bleivergiftung, akute.** Bes. Bleizucker, Bleiweiss, bleihaltige Geschirre. **Sympt.:** Metallgeschmack, Speichelfluss, Erbrechen grauweisslicher Massen, Koliken, blutige Durchfälle; später Verstopfung, Kollaps. Ev. Übergang in chronische Form. **Therapie:** Natrium oder Magnesium sulfuricum teelöffelweise oder Magenausspülung damit (1 Essl. auf 1 Liter Wasser); im Notfall Eiweiss, Milch, Olivenöl. Opium, schleimige Klysmen. Analeptica. (Rp. 83 ff.)

Guttman.

**Bleivergiftung, chronische.** Gewerblich (Schriftsetzer, Maler, Bergleute usw.). Ferner durch Schminken, Haarfärbemittel, Bleikämme, bleihaltige Geschirre u. Wasserleitungen usw. **Sympt.:** Koliken mit spastischer Verstopfung, eingezogenem Leib, Bleisaum, hartem langsamen Puls. Gelenkschmerzen, Gliederzittern. Neuritis (cf. Bleilähmung). Gicht, Schrumpfnieren, Sehnerv- u. Netzhauterkrankungen. Psychische Störungen (Encephalopathia saturnina) in Form halluzinatorischer Delirien, epileptiformer u. choreatiformer Anfälle, Intelligenz- u. Gedächtnisabnahme, durch Schrumpfnieren auch Urämie. **Therapie:** Prophylaxe! Ev. Berufswechsel. Jodkali (Rp. 27). Schwefelbäder (Aachen, Nenndorf usw.). Laxantia (bes. Ricinusöl). Bei Kolik warme Leibumschläge u. Bäder, Opiate (Rp. 7 bis 10, 131 ff.), Atropin (Rp. 147). Bei Arthralgien Antipyrin, Salicylate. Bei Encephalopathie warme Bäder mit kalten Übergießungen, Chloralhydrat (Rp. 111). Cf. Bleilähmung, Gicht, Nephritis interstit. chron. u. die andern Symptome. Guttman.

**Blennorrhoea adultorum.** Stets durch Gonokokken verursacht, verläuft stürmischer als Bl. neonatorum\*. Manch-

mal trotz sofortiger Therapie Auftreten perforierender Hornhautgeschwüre. Prognose stets dubia! **Therapie:** Hermetischer Verschluss des gesunden Auges bei einseitiger Infektion durch Uhrglas- oder Wasserglas-Watteverband. (Das abgeschlossene Auge tgl. kontrollieren!) Tgl. 3—4 × 1 l erwärmte Kal. hyp.-manganic.-Lösung 1,0 : 15000,0 in schwachem Strahle über ektropionierte Lider laufen lassen (10 Minuten). Einträufeln von Protargollösung 1—2 : 10,0. Kalte Umschläge mit Sublimatlösung 1 : 5000,0. Klinische Behandlung dringend nötig.

Schieck.

**Blennorrhoea neonatorum.** **Ätiol.:** Infektion der Conjunctiva mit Gonokokken (selten anderen Keimen) während des Durchtritts des Kindes durch die Scheide, namentlich bei protrahierten Geburten. **Sympt.:** Nach 2—3 tägiger Inkubation (manchmal schon bei der Geburt) Rötung u. Schwellung der Bindehaut unter Absonderung von Tränen, die mit Schleimflocken gemischt sind. Bald Sekret eitrig, Lider ödematös, prall gespannt (nicht bretthart wie bei der Diphtherie), schwer umzustülpen, Lidhaut gerötet. Im Sekret Gonokokken. Oberfläche der Lidbindehaut sammetartig, hochgradig injiziert, in viele Fältchen gelegt, zu Blutungen neigend, oft von grauweißen Membranfetzen bedeckt. Allmählich lässt Sekretion unter Abschwellen der Lider nach, Bindehaut wird blass, Heilung ohne Narben. Gemeinhin dauert das eiterige Stadium 8—14 Tage, das der Heilung noch länger. Solange noch Gonokokken nachweisbar, ist jederzeit Exacerbation möglich. **Komplik.:** Oft Hornhautulcera, die rapide fortschreiten u. zu ausgedehnten Leukomen Anlass geben. Schon geringste rauchige Trübung der Hornhaut als Zeichen geschehener Infektion bedenklich, lässt Schicksal des Bulbus äusserst ungewiss erscheinen. **Therapie:** Prophylaktisch post partum Einträufelung von 1 % Argentum nitricum. Bei Ausbruch der Blennorrhoe Touchieren der ektropionierten Lider mit 2 % Arg. nitr.-Lösung oder Lapis infernalis mitigatus. Vor Zurückklappen der Lider Überschuss des Arg. mit Kochsalzlösung neutralisieren, von dem Arg. nichts auf die Hornhaut bringen! Anwendung eiskalter Umschläge mit Sublimatlösung 1 : 5000, möglichst kontinuierlich. Sorgsame Verhütung von Verklebung der Lidspalte u. Sekretstauung. Bei starker Schwellung der Conj. tarsi oberflächliche Skarifikationen. Sobald Hornhauttrübung oder Ulcus eingetreten, zwischen kalten Umschlägen u. feuchtwarmen Verband abwechseln, da Hornhautgeschwüre Anwendung dauernder Kälte nicht gestatten. Bei Hornhautulceration unbedingt klinische Behandlung.

Schieck.

**Blepharitis.** **Ätiol.:** Scrofulose, Gesichtsekzem, Tränen-

sackleiden mit Epiphora, aufsteigender Nasenkatarrh, Empfindlichkeit der Haut gegen Benetzung, Kälte usw.

**Blepharitis marginalis s. ciliaris squamosa.** *Sympt.:* Infolge vermehrter Absonderung der Talgdrüsen am Lidrande bilden sich auf dem Cilienboden trockene oder fettige Schüppchen, nach deren Ablösung (am besten mittels Erweichung durch Olivenöl) Rötung des Lidrandes zutage tritt. Juck- u. Schweregefühl in den Lidern, Neigung zum Tränen u. zu Conjunctivitis. *Therapie:* Sorgfältige tägliche Reinigung des Lidrandes; Ein fetten der Lidränder mit gelber Augensalbe (Rp. 194); kühle Umschläge mit Borwasser.

**Blepharitis marginalis ulcerosa.** Kleine Abscessbildungen um die Haarbälge der Cilien, deren Schäfte meist erkrankt sind und bei Epilation kugelförmige Auftreibungen an der Wurzel zeigen. Äusserst langwierig. *Therapie:* Epilation der losen u. von Abscessen umgebenen Cilien. Behandlung des Bodens durch Massage mittels 1 % gelber Salbe (Rp. 194) oder Aufstreichen von Rp. Ammon. sulfo-ichthyol. 0,15, Zinc. oxyd. 5,0, Vasel. amer. alb. 15,0. Kühle Umschläge mit Borwasser.

*Komplik.* der Blepharitis: Abrundung des intermarginalen Teiles der Lidränder. Schiefstellung und Schleifen der Cilien auf der Cornea. Ektropium durch Epiphora. Schieck.

**Blinddarmentzündung.** Fast stets vom Wurmfortsatz ausgehende Entzündung. *Ätiol.:* Kotsteine, Fremdkörper, Oxyuren im Appendix, Traumen. Oft nach Anginen, bei schwerer Septicopyämie. Manchmal epidemisch(?). *Sympt.:* Bei typischer akuter Appendicitis meist plötzlich, seltener allmählich einsetzender Leibschmerz, anfangs diffus, meist ileocöcal am heftigsten, gewöhnlich nach Stunden oder Tagen dorthin konzentriert; Zunahme bei Husten, Pressen, Bewegungen. R. Hypogastrium oft durch Abduktion, Aussenrotation u. Beugung des r. Oberschenkels entspannt. Appetitlosigkeit, Übelsein, meist mehrmaliges Erbrechen. Stuhl angehalten, seltener diarrhoisch. Manchmal zu Beginn Blasenschmerzen mit Miktionsstörungen. Objektiv (vorsichtig palpieren!) Druckschmerz im Hypogastrium, am stärksten gewöhnlich am Mac Burneyschen Punkt (Kreuzungsstelle des äusseren Rectusrandes mit Verbindungslinie von Nabel zur Spina iliaca ant. sup. dext.), aber auch an anderen Stellen. Meist rechtsseitige Muskelspannung (Défense musculaire) u. Hauthyperästhesie. Stark gestörtes Allgemeinbefinden; Fieber 38—40°. Puls entsprechend, 90—100. Zunge belegt. — Nach 1—2 Tagen meist Resistenz in Ileocöcalgegend; leichte Dämpfung; Tumor oft vom Rectum aus deutlicher. Wenn nicht Abscedierung, meist Fieberanfall in 4—6 Tagen; allmähliches Verschwinden des Tumors. Bei Eiterung erneuter Temperaturanstieg (rectal oft beträchtlich höher als axillar). Leukocytose



über 20000 pro cmm. Tumor kann Fluktuation zeigen (auch rectal!). Ev. Durchbruch in Darm, Blase, Bauchhöhle. Letzterenfalls diffuse Peritonitis\*, ev. mit totaler Darmlähmung; Facies hippokratica, Temperatur meist niedrig, Puls über 115—120, klein, oft unregelmässig, allmählich frequenter. In leichtesten Fällen ileocöcaler Druckschmerz, geringe Döfense, kein Spontanschmerz, etwas Übelkeit, kaum Erbrechen, Temperatur u. Puls normal oder leicht erhöht. In schweren Fällen (A. gangraenosa) sofort oder sehr bald schwere peritoneale Symptome (s. o.). Chronische Appendicitis: 1. Nach Anfall zurückbleibend: Ab u. zu leichtes Fieber, geringer Ileocöcal-schmerz (manchmal auch kolikartig). 2. Ohne primären Anfall: Intermittierende Schmerzen, Reduktion der Ernährung; Obstipation, nervöse Symptome. 3. A. larvata: Magen-Darmbeschwerden aller Art; palpabler, empfindlicher Appendix, nach dessen Entfernung Heilung. **Diff.-Diagnose:** Appendix kann seitlich, nach oben oder unten verlagert sein; dementsprechender Schmerzpunkt. Appendicitis-Symptome (nur unterstützend!): plötzlicher Drucknachlass beim Palpieren schmerzhafter als Druck selbst (Blumberg); Inhalt des Colon descendens gegen Coecum hin ausgestreift macht Ileocöcalschmerz (Rovsing). Bei Koprostase kein Fieber, guter Appetit; bei Palpation Klebeföhl der Kotmassen. Bauchdeckenrheumatismus: Anamnestisch anderweitige rheumatische Affektionen oder heftiger Husten. Pseudoappendicitis nervosa: Kein Fieber, Labilität der Symptome. Pyelitis (Gravidität!): Urinuntersuchung! Adnexerkrankung (Anamnese, bimanuelle Palpation). Pneumonie (Kinder!): Meist kein mehrmaliges Erbrechen, Lungenbefund, Atmung. Typhus: Leukopenie, Bakteriologie. Ferner: Enteritis\* (Kinder), Gallen- u. Nierensteinkoliken\*, Ulcus ventriculi\*. **Prognose:** Vorsicht! Stets Gefahr der Perforation! Übergang in chronische Form! Am wichtigsten der Puls! **Komplik.:** Subphrenischer\* Abscess, Pyämie, Verwachsungen. **Therapie:** Absolute Ruhelage. Äusserste Beschränkung von Nahrung u. Getränken; nur Flüssigkeiten esslöfelweise (kalte Milch, Tee mit Cognac usw.). Anfangs ev. nur subcutane Kochsalzinfusion. Abführmittel verboten. Opium höchstens die geringste jeweils wirksame Dosis erlaubt; am besten als Suppositorium (Rp. 10). Eher noch wenig Morphium subcutan. Womöglich nur lokal Eisbeutel oder Priessnitz. — Bei Stuhldrang später kleine Ölklysmen, nach Fieberabfall ev. auch Wassereinläufe. — Interne Therapie nur bei leichten Fällen zu versuchen; falls nicht sofortige Wirkung, u. in allen anderen Fällen chirurgischer Eingriff; ebenso bei chronischer Form.

Beutenmüller.

**Chirurgische Therapie:** Bei gesicherter Diagnose stets typische Operation. Bei akuter A., weil unmöglich vorher zu sagen, ob nicht ein Abscess perforiert; bei rezidivierender u. chronischer, weil nie zu erkennen, ob nicht plötzlich ein schwerer Prozess oder starke Verschlimmerung Lebensgefahr verursachen kann. Deshalb jeder Fall von A. dem Chirurgen zu überweisen. Bei Abscedierung Vorsicht bei Lösung der meist vorhandenen Verwachsungen; sind letztere zu ausgedehnt, zu schwer zu lösen, dann nur Abscesseröffnung u. nach Abklingen der Eiterung Entfernung des Appendix, oder ev. Eingehen von freier Bauchhöhle aus. Aufstehen des Operierten, sobald er selbst wünscht u. Kräfte hat; besser als zu langes Liegenlassen. **Prognose:** Bei Operation im Intervall fast 0% Mortalität; bei Eiterung, je nach Schwere des Falles 8—15% \*).

Leser.

**Blutfleckenkrankheit.** Verschiedene Abstufungen u. Übergänge; Verwandtschaft zu rheumatischen u. septischen Erkrankungen. Am leichtesten als Purpura simplex: Petechien, stechnadelkopfgross, bes. an den Streckseiten, bei Druck bleibend, später grün, gelb; bei infektiösen u. toxischen Prozessen aller Art, Anämien, Tumoren. 1—2 Wochen Dauer; Nachschübe. — Wenn Gelenkschwellungen (Schmerzen), Störungen des Allgemeinbefindens, ev. etwas Fieber, auch grössere Petechien = Purpura (s. Peliosis) rheumatica. Ev. Milzschwellung, Eiweiss, Rückfälle. Ca. 14 Tage dauernd. Die eigentliche schwere Blutfleckenkrankheit ist die Purpura haemorrhagica (s. Morbus maculosus Werlhoffii). **Ätiol.:** Unbekannt, bzw. infektiöse u. toxische (autotoxische) Prozesse, rheumatische, hygienische Schädlichkeiten; auch endemisch.

\*) Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes sei ausnahmsweise ein Zusatz des Herausgebers gestattet. Die von den beiden Herren Mitarbeitern oben gegebenen Indikationen zur Operation entsprechen zweifellos den heute von den meisten Ärzten geteilten Anschauungen. Eine Minderzahl, zu denen auch Unterzeichneter gehört, ist dagegen grundsätzlich für die innere Behandlung, weil auch hierbei die Gesamtmortalität kaum höher ist u. weil jede Bauchoperation (schon wegen der Narkose) Gefahren bringt und nicht allzuselten danach Bauchbrüche, Fisteln, Verwachsungen, langwierige Verdauungsstörungen zurückbleiben. Die Indikationen zur Operation von diesem Standpunkt aus wären etwa folgende: 1. Bei sehr schweren Allgemeinerscheinungen (Kräfteverfall, sehr frequenter kleiner Puls bei sehr hoher oder auch unverhältnismässig niedriger Temperatur), insbesondere auch sobald Perforation mit allgemeiner Peritonitis eingetreten. Bei ausgesprochener Sepsis ist die Operation nutzlos. 2. Bei nachweisbarer Abscessbildung. 3. Bei wiederholten schweren Rezidiven bzw. langwierigen jeder anderen Behandlung trotzendenden appendikulären Koliken (Intervalloperation).

Guttman.

Unter dem Bilde einer Infektionskrankheit nach Prodromen (Magen-Darm-, Allgemeinbefindensstörungen) Eruption von Petechien, Ekchymosen (grössere Blutflecke), Vibices (streifenförmig), auch auf Schleimhäuten und in inneren Organen. Nasenbluten, Blut-Husten, -Erbrechen, -Stuhl, -Urin usw. Ev. Milzschwellung, rheumatische Gelenkaffektionen, Hautgangrän. Leichtester bis schwerster Verlauf mit hohem Fieber, Delirien, Tod (Purpura fulminans). Meist jedoch günstig. **Therapie:** Bettruhe; bei rheumat. Beschwerden Salicyl, Aspirin, Antipyrin, leichte kräftige Kost (keine excitierenden Getränke wie Alkohol, Kaffee usw.). Sonst Hämolytica: Rp. 99, 103—105, 107, 108 (empfohlen bes. bei schweren Fällen) oder Rp. Decoct. cort. Chinae 10,0 : 180,0, Ac. sulfur. dil. 5,0, Sir. simpl. ad 200,0; 2stdl. 1 Essl. Arneth.

**Blutungen, äussere. Ätiol.:** Traumen. Kleinere bewirken subcutane Ekchymosen u. Blutbeulen. Oft über Knochen (Hämatome). **Sympt.:** Schmerz, Schwellung, blaue Verfärbung, später gelb bis grün. **Therapie:** Kompressionsverband, Umschläge. Bei verlangsamter Resorption, mitunter Punktion oder Incision u. Ausräumung nötig.

Grössere Traumen verursachen Quetschungen bzw. Zerreibungen von Blutgefässen (cf. Aneurysma), oft kombiniert mit inneren Blutungen u. Läsionen wichtiger innerer Organe. Blutungen aus Ohr, Nase, Mund nach schwerem Trauma deutet auf Schädelbasisbruch. **Sympt.:** Bei arterieller Blutung spritzt Blut synchron dem Herzschlag, ist hellrot. Bei capillärer u. venöser Blutung quillt das Blut, ist dunkelrot. Starke Blutung bedingt Anaemia\* acuta. **Therapie:** Bei Bl. aus grossen Gefässen Ligatur. Bis zur definitiven Blutstillung digitale Kompression des zuführenden Gefässes an den Extremitäten, auch Esmarchsche Binde oder improvisierte Ersatzmittel derselben. Parenchymatöse Bl. stehen auf Kompression u. Tamponade mit Gaze, die zweckmässig in käufliche Suprareninlösung oder 10 % Gelatine getaucht ist. Cf. Anaemia acuta. Bei Bl. nach Tonsillotomie (bei Kindern selten, öfter bei alten Sklerotikern u. bes. Hämophilen!), wenn parenchymatös, Eis innen und aussen, Thermo- oder Galvanokauter, Mikuliczsches Kompressorium; wenn arteriell, direkte Unterbindung oder Carotis externa ligieren. Bei Bl. nach Zahnextraktion nicht zu lange mit Wasser spülen lassen. Watte oder Gaze in die Alveole legen u. darauf beiessen lassen. Bei lange dauernder Bl. oder Nachblutung genügt fast immer feste Tamponade der Alveole mit Jodoformgaze. Seltener Verschorfung oder Adrenalin bzw. Gelatine nötig. Kein Eisenchlorid! — Cf. Nasenbluten, Varicen, Zahnfleischblutungen. Kaposi.

**Blutungen, geburtshilfliche.** *Ätiol.:* Abort; geplatzte Varicen der Vulva u. Vagina; Collumcarcinom; vorzeitige Placentarlösung; Placenta praevia; Insertio velamentosa; Uterusruptur; Damm-, Scheiden-, Klitoris-, Cervixrisse (bes. nach operativen Entbindungen, beckenerweiternden Operationen); Uterusatonie; Uterusinversion; Placentarretention (Placenta succenturiata!). *Diff.-Diagnose:* Inspektion, Palpation, ev. Anamnese. Bei zweifelhaften Fällen vorzeitiger Placentarlösung Urinuntersuchung auf Eiweiss. Bei Placenta praevia Bl. in letzten Monaten der Schwangerschaft u. im Beginn der Geburt. Bei Insertio velamentosa pulsierender, nicht verschieblicher Strang in oder hinter den Eihäuten fühlbar. Bei Uterusruptur Kollaps, kaum fühlbarer Puls, heftige Leibscherzen, Zurückweichen des vorliegenden Teils. Bei Cervixrissen Fortdauer der Bl. bei gut kontrahiertem Uterus u. Fehlen äusserer Verletzungen. Bei Inversio uteri Tumor vor den äusseren Genitalien oder in der Scheide, während Uterus nicht nachweisbar. Bei Placentarretention, wenn nötig, Uterus austasten. *Therapie:* Kausal! Cf. Abort, Dammrisse, Klitorisrisse, Cervixrisse, Placentarlösung vorzeitige, Placentarretention, Placenta praevia, Uterusatonie, Uterusinversion, Uterusruptur. Varicen werden umstochen. Bei Collumcarcinom sofortige Entbindung oder provisorische Scheidentamponade (Überführung in Krankenhaus!). Bei Insertio velamentosa (hier nur Gefahr für Kind!), wenn möglich sofortige Entbindung u. Scheidentamponade. Bei Uterusinversion Reposition, Lösung der Placenta, Uterustamponade. Bei Wochenbettblutungen Rp. Inf. Secalis cornuti 8,0 : 190,0, Tinct. Cinnamomi 10,0. S. 2 stdl. 1 Essl.; ev. Entfernung retinierter Placentarteile. Bei allen bedrohlichen Bl. in der Nachgeburtsperiode Momburgscher Schlauch. Kayser.

**Blutungen, gynäkologische.** Pathologisch starke Menstruation (Menorrhagien); unregelmässige Blutungen; Blutansammlungen im Uterus u. seinen Anhängen; Blutung in die Bauchhöhle. *Ätiol.:* Chlorose; lokale u. allgemeine Zirkulationsstörungen (Obstipation; Herz-, Lungen-, Leberkrankheiten); Infektionskrankheiten; Endometritis corporis et cervicis uteri; Salpingitis (catarrhalis, purulenta, tuberculosa); Uteruscarcinom u. -Sarkom; Polypen; Myome; Ovarialtumoren; Inversio uteri; Verschluss der Vagina usw. (cf. Gynatresien); abgekapselte Blutergüsse (Hämatocelen) retrouterin oder seitlich der Tuben, bedingt durch Extrauterinschwangerschaft, selten ovarieller Genese, Durchbruch der Blutsäcke (Hämatosalpinx) in die Bauchhöhle. *Sympt.:* Abgesehen von diesen letzten Fällen Verblutung Ausnahme; dagegen, bes. bei andauernden auch leichteren Blutungen, Erscheinungen schwerster Anämie\* (Schwindel, Kopf-

schmerz, Dyspnoe, Kachexie, Myomherz!). **Diff.-Diagnose:** Menorrhagien: bei Chlorose, Infektionskrankheiten, in der Menopause (hier im Verein mit grösseren Zwischenräumen). Unregelmässige Bl.: bei entzündlichen u. Reizzuständen des Uterus u. der Adnexe (Bl. nach Coitus, zumal bei älteren Personen, verdächtig auf Carcinom!). Bl. in die Bauchhöhle: zumeist Extrauterin gravidität. Im übrigen entscheidet Tastergebnis, ev. in Narkose, bzw. bei negativem Befund mikroskopische Untersuchung nach Curettage (Cave Curette bei Verdacht auf Extrauterin gravidität!). **Therapie:** Die des Grundleidens. Palliativ: Secale (Rp. 99), Secacornin (1—2 × tgl. 8 Tropfen). Hydrastis (Rp. 100); am wirksamsten das teuere amerikanische Präparat), Styptol, Stypticin (Rp. 102). Bei Blutungsgefahr (Extrauterin gravidität\*), sofortige Operation; gegen die Folgeerscheinungen: Kochsalzinfusion am besten intravenös mit Adrenalin (800—1000 ccm mit 6, höchstens 8 Tropfen 1‰ Suprarenin) oder Kochsalzklystiere mit gleichem Adrenalinzusatz.

Kayser.

**Blutungen, innere. Therapie:** Psychische Beruhigung, strengste körperliche Ruhe (Bettruhe); hierzu Narkotica u. Sedativa. Morphium, subcutan (0,01—0,015, ev. mehrmals tgl., Rp. 131), stomachal (Rp. 132; cave bei Idiosynkrasie, Brechreiz). Brom (Rp. 139), Chloral 2,5 (Rp. 111), Tinct. Opii, beide auch als Klysma (Rp. 9, 112), Opium-Suppositorien (0,05, 4—6 × tgl., Rp. 10). Anwendungsart je nach Blutungssitz. Eisblase. Nicht viel untersuchen. Styptica ähnlich, subcutan: Rp. 98, 101, 106, 108, stomachal: Rp. Inf. secal. cornut. 10,0 : 180,0 (Aq. Cinamomi. 10,0) 2stdl. 1 Essl., Rp. 99—108, per anum: Ergotinzäpfchen (0,2, 4 × tgl.). Ev. Abschnürung (Gummiband) der Extremitäten dicht am Rumpfe, auch möglichst heisse Umschläge (Betttücher ausgerungen) auf dieselben, um das Blut dort zurückzuhalten bzw. dorthin abzulenken. Nicht zu viel Flüssigkeit (Blut dicker). Wenn Ohnmacht, Kollaps, drohende Verblutung (Herzpumpe leergehend), Kopf möglichst flach, heisse Tücher auflegen, Analeptica, Excitantia, subcutan, stomachal oder rectal: Tee, Kaffee, Wein usw., Kampfer (Rp. 83). Autotransfusion, bestehend in Gummibindeneinwickelung der Extremitäten von Peripherie her, nur bis 2 Stunden liegen lassen; subcutane, besser intravenöse Infusion von physiol. (0,85%) NaCl-Lösung, Einläufe (Wasser, Fleischbrühe, Wein). Spezielle Massnahmen je nach Provenienz der Blutung. Cf. Hämoptoë, Hämatemesis, Darmblutung usw.

Arneth.

**Brachialneuralgie. Ätiol.:** Neuropathische Anlage, Hysterie, Neurasthenie, Stoffwechselstörungen. Häufig Trau-

mata, dann aber meist gleichzeitig Neuritis. Infektionskrankheiten (Malaria). Gicht. Arteriosklerose. **Sympt.:** Bei der eigentlichen reinen B. anfallsweise oder dauernde bohrende, reissende Schmerzen im Gebiet der 4 letzten Hals- u. ersten Dorsalnerven, meist in allen diffus, aber einen einzelnen (Ulnaris, Cutaneus brachii int.) bevorzugend. Druckpunkte meist vorhanden, bes. am Radialis am Oberarm, Ulnaris am Ellenbogen. Häufig dabei Parästhesien, Blässe u. Röte der Haut, Herpes. **Diff.-Diagnose:** Oft schwer abgrenzbar gegen symptomatische Neuralgien bei Wirbelcaries, Pachymeningitis, Tabes; gegen neuralgiforme Schmerzen bei Myositis (Muskeln druckempfindlich!) u. Omarthritis (Gelenkbewegung schmerzhaft!). Reine B. ist selten, viel häufiger diffuse Schmerzen in den Armnerven bei Psychopathien u. Hysterie. **Therapie:** Allgemeinbehandlung. Bei reiner B. ev. Nervendehnung, Injektionen in die Nerven-scheide. Cf. Neuralgien. S. Schoenborn.

**Bromismus.** Durch (meist längeren) Gebrauch von Brompräparaten bedingte Vergiftung. Cf. Jodismus. **Sympt.:** Exantheme (bes. Akne), Schnupfen; bei Disponierten auch schon nach kleinen Dosen. Kachexie, Nephritis, nervöse u. psychische Störungen (Vergesslichkeit, Willensschwäche usw.; z. T. wohl Folge der Grundkrankheit [Epilepsie]). **Therapie:** Aussetzen der Brommedikation; ev. organische Präparate (Bromipin, Bromeigon, Bromalin usw.). Guttman.

**Bronchialstenosen.** Meist durch Fremdkörper\* (beim Essen oder Schlaf, auch unbemerkt, hineingelangt); Ortswechsel beim Husten, Lachen usw. möglich; Aufquellen (Erbsen, Bohnen, Nahrungsmittel). Etwas häufiger im rechten Bronchus (weiter). Dann durch Druck von Umgebung (bes. Schilddrüse, Aneurysmen, Geschwülste, Abscesse, Drüsen, Thymus [Kinder]), durch Narben (Lues, oft mehrere hintereinander). Cf. Trachealstenosen. **Sympt.:** Stenosengeräusch (ev. weit hörbar), am Sitz am stärksten, auch Reib- u. Gleitgeräusche; durch Schnurren, Pfeifen ev. verdeckt (sekundäre Bronchitis), desgl. Atemgeräusch; tiefe, verlangsamte Atmung, Larynx u. Trachea mässig respiratorisch verschieblich (bei Larynxstenose stark); bei Verschluss eines grösseren Bronchus atmet betr. Seite wenig oder nicht, daher Atmungsgeräusch, Pectoralfremitus bis aufgehoben, ev. tympanitischer Schall (Spannungsabnahme), Grenzen mangelhaft verschieblich. Atemnot ev. höchstgradig, bes. bei Anstrengungen. Pulsus paradoxus. Sekundäre Bronchitis\*, bes. peripherwärts, eiterig. Immer gefährlich, wenn infektiöse Fremdkörper (Gangrän, Abscess); blande weniger, selbst jahrelang liegend. Röntgendurchleuchtung bzw. Bronchoskopie, bes. von Tracheotomiewunde aus. **Therapie:** Bei Fremdkörpern: Auf Kopf stellen, Klopfen auf

Rücken, Brechmittel (Apomorphin); Vorsicht, da Einklemmung in Glottis möglich. Operative Entfernung nach Tracheotomie auf bronchoskopischem Wege. Sonst symptomatisch. Cf. Lungensyphilis.

Arneth

**Bronchiektasen.** *Ätiol.:* Diffus, zylindrisch (mittlere u. feine Bronchien) bei Bronchitis chron. bes. capillaris, bei Emphysem, Tuberkulose, nach Keuchhusten, Masern; häufiger zirkumskript (meist spindel-, sackförmig), gewöhnlich hinten unten, nach Lungenverdichtung jeder Art u. Pleuritis (Schrumpfung). *Sympt.:* Wenn zirkumskript, geringgradig, wenig Sekretion, nur Katarrhsymptome. Sonst reichlicher Auswurf, „maulvoll“, bes. morgens (da über Nacht gesammelt), eiterig (weniger Schleim, da Mucosa atrophisch), säuerlich riechend, meist vierschichtig beim Stehen: Eitersediment, seröse, eiterig-schleimige, schaumig-schleimige Schicht. Wenn Zersetzung: Geschwüre u. Gangrän, häufig zu Hämoptoë führend, bes. bei Lagewechsel, da Einfließen in Bronchien (Zwangslagen). Wenn zylindrisch: bes. hinten unten Rasselgeräusche (feucht, mittel- u. kleinblasig, zahlreich), vor allem wenn hartnäckig an einer Stelle und sonst kein Befund; verschärftes, bis hauchendes Atmen. Wenn Hohlräume: Wechselndes perkutorisches u. auskultatorisches Verhalten je nach Füllung oder Leersein; gedämpft bis tympanitisch, Stimmfremitus aufgehoben bis verstärkt, Kavernensymptome fehlend bis deutlich, aufgehobenes bis bronchiales Atmen (klingende bis metallische Rasselgeräusche, auch grossblasig, je nach Hohlraumgrösse). Trommelschlegelfinger. *Komplik.:* Bronchitis foetida\*, Lungengangrän\*, interkurrente akute Bronchopneumonie\* (gefährlich), Eiterfieber (Sekretstauung), septisch-rheumatische Gelenk- usw.-Affektionen, metastatische Abscesse, Amyloid. *Diff.- Diagnose:* Bei chron. Tuberkulose meist Spitzen befallen, Tb-Bacillen, elast. Fasern im Sputum, Anamnese. Aussehen (Fettpolster) bei Bronchiektatikern länger gut; Sitz meist in Unterlappen. Cf. Lungenabscess u. -gangrän. *Therapie:* Wenn umschrieben, vielleicht Ausheilung erreichbar. Hygienische Lebensweise, roborierende Kost, Einnehmen der Lage (mehrmals tägl.), in der Sekretentleerung erfolgt (dabei kräftiges Aushusten), ev. Thoraxkompression während der Ausatmung; Bettende höher stellen. Expektorantien (cf. Bronchitis acuta), vor allem sekretmindernde u. desinfizierende Mittel (cf. Bronchitis chronica). Arneth.

**Bronchitis acuta.** Meist nur grössere Bronchien befallen; oft Tracheitis dabei (laryngoskopisch: Rötung, Sekret). Vor allem bei Disponierten (Verweichlichung, Anämie, Schwäche, Fettleibigkeit) infolge von Erkältungen (feuchtkalte Luft, bes. rauhe Winde, daher im Herbst bis Frühjahr am meisten), Staub-

inhalation (Beruf), nach Brom-, Jodgebrauch, bei Einatmung von Säure, Chlorgas; auch epidemieartig; deszendierend von Nasen-, Rachen-, Kehlkopftzündung her; bei den mittelgrossen Bronchien meist Halt; auch bei anderen Infektions- (z. B. Typhus) u. sonstigen schweren Krankheiten durch Aspiration infektiösen Materiales aus Mundhöhle bzw. Fehlschlucken. Als Stauungskatarrh bei Herzschwäche. **Sympt.:** Husten (individuelle Reizbarkeit wichtig) um so stärker, je akuter u. je mehr in grossen Bronchien (Bifurkation); kann zu Heiserkeit führen (Stimmbandüberanstrengung), wenn nicht Laryngitis. Schmerzen beim Husten (von Interkostalmuskeln, Bauchmuskeln, Zwerchfell her), auch bei Druck. Wundsein, Schmerz, Druckgefühl, Kitzel unter dem Brustbein oder im Halse. Befund kann, wenn nur in grossen Bronchien, ganz fehlen. Sonst bei trockenem Katarrh u. anfangs schnurrende Rasselgeräusche beim Sitz in grossen, pfeifende beim Sitz in mittleren Bronchien; ev. gemischt. Beim Reichlicherwerden des Sekrets feuchte, gross- bis mittelgrossblasige, nicht klingende Rasselgeräusche, je peripherer, desto näher dem Ohr. So Stadium u. Sitz bestimmbar. Atmungsgeräusch verschärft, rauh, Expirium verlängert, auch verdeckt durch Geräusche. Auswurf anfänglich spärlich, glasig-zäher Schleim (Sputum crudum), dann reichlicher (schleimig-wässrig), schliesslich eiterig werdend bei Lösung (schaumig; schleimig-eiterige Ballen, schwimmend; Sp. coctum). Kleine Blutbeimengungen ohne bes. Bedeutung; auch Br. haemorrhagica (Potatoren, Infektionskrankheiten, z. B. Typhus). Leichtere Fälle ohne Fieber, aber auch akute „fieberhafte Br.“. Infolge des Hustens oft Kopfweg, Schwindel oder Erbrechen, Harn- u. Stuhlabgang (Frauen, alte Leute). Heilung in einigen Tagen bis Wochen. **Prognose:** Gefährlich wegen leicht hinzutretender Herzschwäche bei Herzleidenden, Kyphoskolistischen, Fettleibigen, bei älteren Leuten u. kleinen Kindern, bes. bei Influenza- u. Streptokokkenbronchitis (letztere auch bei Erwachsenen zuweilen). Gefahr des Fortschreitens auf die kleineren Bronchien (s. u.). **Therapie:** Abhärtung als Prophylaxe bei Disponierten (nicht während des Katarrhs): frische Luft, kalte Waschungen u. Abreibungen (Kinder an Hals u. Brust, 1—2 mal tägl.) ev. Duschen, keine verweichlichende Kleidung; Gelegenheitsursachen (s. o.) meiden. Wichtig, ev. Grundleiden (s. o.) zu behandeln. Bei Sekundärbronchitis (s. o.) Mundpflege, häufig Lagewechsel, tiefe Atmung anregen, Bad mit Übergiessung, Priessnitz, Exzitantien (Rp. 84 ff.). Bei akutem Katarrh, wenn Fieber, Bettruhe, sonst Zimmer hüten, warm kleiden, Zimmerluft feucht halten (Spray mit Emser, 1% NaCl usw., Wasser verdampfen), Schweisserzeugung (heisse Tees usw.) oft gut. Gegen Brustbeschwerden: Priessnitz, trockene Schröpfköpfe. Wenn viel



Husten u. kein Auswurf Rp. 132, 133—136, Pulv. Doweri 0,3, 1—3 × tgl., viel heisse Getränke (Brusttee, Emser mit heisser Milch). Zur Lösung: Rp. 92, 93, Priessnitz, bes. nachts. Wenn Fieber, Wickel je nach Temperatur verschieden temperiert und verschieden lange liegend, bis 3—4 × tgl. Bei schwer löslichem Sekret u. trockenem Husten auch Inhalation (3—4 × tgl.) von Emser, 1 % NaCl, 2 % Natr. bicarb. usw. Wenn gelöst, zur besseren Expektoration Rp. 89, 90, 91, 94, 95. Alte Leute: Kräfte erhalten, nicht zu viel ins Bett, Rp. 90, 95, Bäder mit Vorsicht. Arneth.

**Bronchitis capillaris** (Syn. Bronchiolitis). Primär akuter oder auch schleichender Beginn (tuberkulös veranlagte oder rachitische Kinder), meist sekundär von Br. acuta\* her (bei Masern-, Diphtherie-, Keuchhusten-Bronchitis bes. gerne). Wegen Kräfteverfalls, mangelhafter Expektoration, Verschwellung u. Verstopfung der Bronchiolen (mit folgender Atelektase\* u. katarrhalischer Pneumonie\*) bes. für Kinder, Greise, Geschwächte gefährlich. Bronchiolitis exsudativa cf. Asthma bronchiale. **Sympt.:** Verbreitetes klein- u. feinblasiges Rasseln bes. hinten unten, Atmungsgeräusch dadurch verdeckt oder auch abgeschwächt. Beständig an einer Stelle hörbare Rasselgeräusche weisen auf meist bleibende Bronchiektasen\*. Bei katarrhalischer Pneumonie\*, Lungenatelektase\*: Klingende Geräusche, Bronchophonie usw. Perkussorisch nur in diesen Fällen umschriebene Dämpfungen. Wenn akute Lungenblähung (vergeschollene Bronchiolen wirken ventilartig), cf. Lungenemphysem. Fieber meist re- u. intermittierend; wenn Pneumonie dabei, meist hoch, kontinuierlicher. Puls meist relativ erhöht (bis 140). Atemnot je nach Ausbreitung bis stärkste Hilfsatmung (Orthopnoe usw.). Husten gewöhnlich weniger stark; Schmerz; Sputum wie bei Br. acuta\*, im Lösungsstadium mehr luftleer (untersinkend). Bei Greisen, kleinen Kindern, Schwachen ev. kein Auswurf wie oben. Verhalten des Herzens wichtig, zumal da ev. bis mehrere Wochen Dauer; Stauung usw.; Cyanose, auch durch die Atmungserschwerung unterstützt. **Therapie:** Grundsätze wie bei Br. acuta\*. Bes. Fieberbehandlung mit Wickeln (s. o.); ev. Priessnitz (gut ausgerungen); ev. 3stündig messen; bes. bei kleinen Kindern. Für diese feuchte Luft (s. o.) bes. wichtig u. als souveränes Mittel warme oder lauwarne Bäder mit kühlen Übergießungen (Nacken, Brust), 2—3 × tgl.; Abkühlen des Bades bei Fieber entsprechend. Bei sehr Schwachen nur Wickel, ev. kombiniert. Bei Zusatz von Senfmehl zum Wickel oder Bad erhöhter Reiz (nachher abwaschen). Oftmaliger Lagewechsel, Bauchlage, Tragen. Einige Tropfen Terpentinöl auf Kissen. Rp. Infus. rad. Ipecac. 0,2 : 80,0; Stibii sulfur. aurantiac. 0,3, Sir. spl. ad 100,0. S. Umschütteln,

2stdl. 1 Teel. Rp. 95. Wenn Sekretüberladung auch früh Brechmittel (Rp. 78 ff.). Anfangs ev. Abführmittel (Kalomel). Sauerstoffeinatmungen. Arneth.

**Br. c. der Säuglinge.** *Sympt.:* Fieber, Husten, Unruhe, vermehrte Atemfrequenz, später Nasenflügelatmen, epigastrische Einziehungen. Oben genannte physikal. Lungenerscheinungen können fehlen. Wegen Luftmangels Verweigerung der Nahrung. Bei ungünstigem Verlauf oberflächliche Atmung, Erblassen der Haut, Cyanose, Apathie, Somnolenz u. Tod durch Herzschwäche. *Komplik.:* Gleichzeitige Rachitis erschwert wegen Weichheit des Thorax Atmung aufs äusserste, wirkt daher meist deletär. *Therapie:* Verminderung der Lungenhyperämie: Bei genügender Herzkraft Senfeinwicklung: 3 Hände frischen Senfmehls in Schüssel heissen Wassers solange verührt, bis sich Senföldämpfe entwickeln. Leinentuch hineintauchen, ausringen u. Kind darin von Hals bis Fuss einschlagen, Wolldecke darüber. Bei genügender Reaktion nach 20 Minuten intensivste Rötung (Aderlass in die Haut). Reinigen im warmen Bade, ev. bei kräftigen Kindern schweisstreibende Einwicklung anschliessen. Bei ungenügender Herzkraft keine Senfeinwicklung, sondern Aderlass durch Öffnen einer Vene, wo man sie am besten findet. In jedem Falle Kampfer in grossen Dosen (0,1—0,2 mehrmals tgl. subcutan). Nach Beseitigung der Lebensgefahr Anregung der Expektoration durch warme Bäder mit kalten Übergiessungen, Umschlägen um die Brust, innerl. Expectorantien (Rp. 89, 90, 92 in entsprechender Dosis).

#### Hasenknopf.

**Bronchitis chronica.** *Ätiol.:* Vor allem Berufskrankheit (Staubgewerbe: Steinhauer, Müller, Bäcker, Spinner usw.), meist mit Emphysem (Wechselwirkung); ferner bei Potatoren, Rauchern, nach akuter Bronchitis, bei allgemeiner Stauung. Ev. das ganze Leben; Herbst bis Frühjahr stärker. *Sympt.:* Perkussorisch u. auskultatorisch wie bei Br. acuta der gröberen u. mittleren Bronchen, da meist nur bis zu letzteren fortschreitend (bei Rauchern u. bei chronischen Nasen-, Rachen-, Kehlkopfkatarrhen auch nur Trachea u. grössere Bronchen befallen mit reichlichem Auswurf). Husten gewöhnlich morgens, abends u. nachts stärker. Nach Auswurfbeschaffenheit (Sekretion = Schleim, Exsudation = Serum u. Eiterkörperchen): a) Trockener Katarrh (C. siccus) mit quälendem Husten (bes. im Alter) u. wenig zähem, glasigem, gequollenem Sago ähnlichem Sputum. Emphysem bes. leicht entstehend. b) Feuchter Katarrh mit reichlich schleimig-eiterigem, ev. geballtem Auswurf (grössere Bronchien). c) Eiteriger Katarrh (Blennorrhoe); fast immer erweiterte (zylindrisch) Bronchen dabei; reichlich feuchtes Rasseln (hinten unten). d) Seröser Katarrh; zellarme, wenig

eiweißshaltige, gummilösungartige Flüssigkeit in grossen Mengen. Auch in Anfällen mit Asthma (Asthma humidum), ev. mit Fieber u. schwerem Ergriffensein. — Bei Verschlimmerung auch peripherwärts Ausbreitung, dann als **Komplik.:** Bronchitis capillaris\*, katarrh. Pneumonie\*. Ferner auch Emphysem\*, Bronchiektasie\*, putride Bronchitis\*, Tuberkulose\*. Im Verlaufe ev. Kräfteverfall, Herzschwäche, Stauungserscheinungen usw. **Therapie:** Schädlichkeiten (s. o.) vor allem meiden; Bade- u. Kurorte schon deswegen günstig. Bei rauhem Klima möglichst Wechsel. Herbst u. Frühjahr oberitalienische Seen, Genfer See, Meran, Gries; Winter Riviera (französische wärmer, weniger windig), Ägypten bei mehr feuchten Katarrhen, bei trockenen Korsika (Ajaccio), Balearen, kanarische Inseln, italienische Riviera (Nervi), Hochgebirge (nicht im Alter), auch bei Emphysem; Sommer waldreiche Gegend, geschützte Lage, Mittelgebirge, Schweiz, auch Ostsee oder Badekur: Kochsalzquellen (bes. bei scrofulösen schwächlichen Kindern, Tuberkulose), alkalisch-salinische Quellen (bes. wenn zugleich Fettleibigkeit, Darmstörungen), Schwefelquellen (bes. bei chron. Rachenkatarrh gleichzeitig), erdige Quellen (bes. bei starker Sekretion). Traubenkur. In Badeorten vielfach Pneumotherapie möglich, verdichtete Luft einatmen; wenn Exspirium erschwert, in verdünnte ausatmen; ev. kombiniert, 2 × tgl. ½—1 Std.). Pneumatische Kammern (nur verdichtete Luft). Wenn Behandlung zu Hause: Bei zweifelhaftem, rauhem Wetter, feuchtkalter Luft, Nebel usw. (s. o) ev. Zimmer hüten; wollene Unterkleidung. Nase, Rachen behandeln. Bei trockenem Katarrh bes. Inhalationen (Emser), heisse Getränke (Tee, Milch u. Emser), Schwitzen (bes. Glühlichtbad) Jod, Narkotica (Rp. 131—136), im übrigen wie bei Bronchitis acuta\*; auch bei feuchtem Katarrh. Bei Bronchoblennorrhöe desinfizierende u. sekretionsbeschränkende Mittel; bes. Ol. terebinth. 3 × 10—15 Tr. in Milch oder Kapseln; Ol. pini pumilionis 3 × 10 Tr. in Milch; Mytrol 0,15 2stdl. bzw. 0,3 3 mal tgl.; Terpin (Rp. 94); Terpentinöl, Latschenöl einatmen (10—15 Tr. auf heisses Wasser (oder „Pfeife“); bei asthmatischen Beschwerden Rp. 89 mit 3,0 Kal. jod.; Jod mit Narkoticis (Heroin 0,005—0,01). Arneth.

**Bronchitis fibrinosa.** Abscheidung von gerinnendem Exsudat in die Bronchien. **Ätiol.:** Selten primär (akut u. chronisch), sonst von Diphtherie, Croup, Pneumonie her u. dann nichts Besonderes, oder durch Inhalation von Staub (beruflich) u. giftigen Gasen (NH<sub>3</sub>, Säuren). **Sympt.:** Primär akut (Dauer bis ca. 14 Tagen) wie Infektionskrankheit mit Fieber, Atemnot; je mehr Bronchien befallen, desto stärker (auch desto gefährlicher, Erstickung öfter). Hustenparoxysmen kürzer oder länger, bis Gerinnsel heraus, worauf rasch Ruhe; Wiederholung

der Anfälle. Bei chronischem Verlauf (bis Jahre) periodische Anfälle, dazwischen Bronchitis, auch Wohlbefinden. Beweisend: Gerinnselfauna (Abgüsse des Bronchialbaumes); die zusammengeballten Gerinnselfauna (auch blutige Knäuel) in Wasser entfalten. Auch Hämoptoe (starker Husten); Asthaspiralen u. -kristalle, Eosinophilie des Sputums u. des Blutes (auch in Zwischenzeit). Im Anfall Zeichen von Bronchostenose\* u. akute Lungenblähung\*. **Komplik.:** Pneumonie, Emphysem, Tuberkulose. **Therapie:** Im Anfall Inhalationen mit Kalkwasser (u. Aq.  $\text{Ca}$ ), 2—5 % Natr. bicarb., 1 % Kal. carbon. zur Gerinnselflockerung (gute Apparate, damit in die Tiefe); Pilocarpin 0,015 subcutan u. dann Brechmittel (Apomorphin, Rp. 82) oder Rp. 89, 90, 95. Sonst wie Br. chronica\* (bes. Desinfizientien u. Balsamica).  
Arneth.

**Bronchitis foetida.** Meist sekundär (selten primär) infolge Zersetzung des Auswurfes durch Fäulnisbakterien; bei chron. Lungenkrankheiten bes. Tuberkulose, Bronchektasie, chron. Bronchitis, Gangrän, hier ohne scharfe Grenze. **Sympt.:** Diffus oder auch nur in einem (Unter-)Lappen; Auskultationsbefund entsprechend. Frost, Fieber zu Anfang (vielfach unvermittelt) u. im Verlauf, schwereres Ergriffensein. Auswurf charakterisiert durch: a) putriden, aashaften, stechenden (knoblauchartigen), das Zimmer rasch verpestenden Geruch, am stärksten unmittelbar nach Expektoration (nahe hinriechen), beim Stehen schwindend, beim Schütteln wieder kommend; Atemluft ebenso; b) geschichtete Beschaffenheit: Bodensatz schmierig, graugrünlich mit Bröckeln (Dittrichsche Bronchial-Pfröpfe) aus Bakterienmassen (aller Art) bestehend, beim Zerdrücken bes. stinkend; darüber schmutzig-wässrige Schicht, dann schleimig-eiterig u. als 4. oben auf Schaum. Chemisch Fettsäuren, Leucin, Tyrosin,  $\text{H}_2\text{S}$ . Der stinkende Auswurf kann bei Abschluss zeitweise verschwinden, Heilung vortäuschend, dann schubweise wiederkommen (maulvoll); ev. (Resorptions-)Fieber inzwischen. Ernährungszustand oft länger gut bleibend. Öfter Magen-, Darmbeschwerden (vom Sputumschlucken), septische rheumatische Muskel- u. Gelenkschmerzen; Trommelschlegelfinger. **Komplik.:** Bes. gefährlich katarrhalische Pneumonie\*, Gangrän\*, Pleuritis\* (ev. jauchig). Definitive Heilung sehr selten. **Therapie:** Terpentingetränkte Gaze rings um das Bett aufhängen, oder Spray im Zimmer (Terpentinöl, Latschenöl, 3 % Karbolwasser), Terpentinpfeife, oder Inhalationsmaske beschickt mit Terpentinöl, 5—30 % Carbol, Kreosot; bis stundenlang tgl. tragen lassen. Innerlich Ol. terebinth. (0,5, 4—8 Kapseln), Myrtol (0,3, 3—5 Kapseln), abwechselnd mit Kreosotpräparaten (cf. Lungentuberkulose). Expectorantien (Rp. 89 ff.), um Aspi-

ration zu verhüten. Viel Rückenlage. Gute Ernährung, Alkohol. Sonst wie Br. chronica\*.

Arneth.

**Brown-Séquardsche Lähmung.** Halbseitenläsion des Rückenmarks. *Sympt.:* Bei halbseitiger Rückenmarksaffektion motorische Lähmung der gleichen, Anästhesie auf der anderen Körperhälfte. Am häufigsten Dorsalmark betroffen; dann auf der gleichen Seite der Läsion: Lähmung des Beins mit erhöhten Sehnenreflexen, Hauthyperästhesie geringeren Grades, Aufhebung des Lagegefühls, bisweilen Ataxie. Auf der anderen Seite: Anästhesie, namentlich Analgesie u. Thermanästhesie. Bei Sitz im Halsmark ev. Arm u. Bein, im Lendenmark ev. nur gleichseitiges Bein überhaupt betroffen. *Ätiol.:* Meist Stichverletzungen, selten multiple Sklerose, Myelitis, Tumoren, Lues. Oft ist Durchtrennung nicht genau halbseitig; dann Symptomenbild unrein. *Diff.-Diagnose:* Bei klaren Fällen ganz leicht, bisweilen die Grundkrankheit (Sklerose usw.) verschleiern. *Therapie:* Ruhe, Galvanisation. Jodkali. S. Schoenborn.

**Brustverletzungen.** 1. **Stumpfe:** Contusio bzw. Comotio thoracis. *Sympt.:* Bei geringeren Graden grosse Hämatoeme. Bes. bekannt die unter dem M. pectoralis, die punktiert oder incidiert werden müssen (vereitern oft). Bei stärkeren Gewalten (z. B. Pufferverletzungen) mehr weniger Kollaps u. Shock\* (plötzlicher Tod), dann Sternum-Rippenbrüche, Läsion der Pleura, Lunge, des Herzens. Bei Pleura- u. Lungenverletzung verschiedengradiger Hämothorax, Hämoptoë, Pneumothorax, ev. Hämopneumothorax. Emphysem (Luftkissengefühl u. Knistern) lokal sehr häufig oder weit ausgebreitet am Thorax bzw. ganzen Körper (aufgeblasen wie ein Frosch). Capilläre Stauungsblutungen an Kopf, Hals, Brust, Augen. Bei offener Lungenwunde, geschlossener Pneumothoraxwunde, Gefahr des Spannungspneumothorax, d. h. bei den Atembewegungen wird durch die offene Lungenwunde immer mehr Luft in die Pleurahöhle gepumpt, dies führt zu gefährlichen Verdrängungserscheinungen des Mediastinums u. Herzens. *Therapie:* Bei geringem Hämopneumothorax, geringer Hämoptoë exspektativ. Ruhe, Eis, Morphinum. Gefahrdrohender Bluterguss in Pleura oder per os, Spannungspneumothorax, ausgebreitetes Emphysem erfordert chirurgische Hilfe wie bei 2.

2. **Blutige** durch Stich, Hieb, Schuss. Stets achten auf Symptome der Blutung nach aussen oder nach dem Pleuraraum; dann auf gewöhnlichen oder Spannungspneumothorax u. Emphysem, Läsion der Lunge oder des Herzens. Blutungen aus Mammaria int. oder Aa. intercostales, öfters übersehen! *Therapie:* Sind Symptome nicht gefahrdrohend, exspektativ wie oben. Bei Verblutungs- oder Erstickungsgefahr durch Pneumothorax\* stets

chirurgische Hilfe nötig! Punktion stillt die Blutung unsicher. Richtiger Thoracotomie (mit oder ohne Über- oder Unterdruck). Blutung direkt stillen, durch Ligatur, Umstechung oder Naht. Bei Spannungspneumothorax, traumatischem Emphysem Punktion oder sicherer Incision u. Drainage. Herzverletzungen, wenn zunehmendes Hämoperikard, kenntlich an Herzverbreiterung, Verschlechterung des Pulses, Ohnmacht, Kollaps, unbedingt operativ, sonst unter strenger Kontrolle konservativ behandeln. Fremdkörperentfernung überlässt man besser dem Operateur. **Komplik.:** Bei exspektativer Behandlung: Empyem, Pyopneumothorax, Pyoperikard, Lungengangrän, Bronchialfistel. Kaposi.

**Bubonulus.** *Sympt.:* Im Anschluss an Ulcus molle zuweilen akute Lymphangitis des dorsalen Lymphgefäßes am Penis, in dessen Verlauf sich ein derber, erbsen- bis bohnen-grosser, harter Knoten findet, der abscediert. In diesem perforierten Knoten („Bubonulus“ oder „Nisbethschen Schanker“) die Streptobacillen des Ulcus molle. Viel seltener folgt auf Ulcus durum Lymphangitis mit Bildung fluktuierender, cysten-artiger Tumoren (Bubonuli syphil.), die schliesslich abscedieren. **Therapie:** Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Incision.

M. Joseph.

**Bulbärparalyse, progressive.** Erkrankung der motor. Kerne in Pons u. Oblongata (VII., XII, IX—XI., zuweilen V, 3), häufig auch der Pyramidenbahnen in dieser Höhe; Zell- u. Faseratrophie. **Ätiol.:** Unbekannt. Am häufigsten nach Traumen. **Sympt.:** Langsam zunehmende Erschwerung von Sprechen Kauen, Schlingen, Phonation, mit gleichzeitiger Atrophie der Lippen-, Zungen-, Gaumen-, Schlund-, Kehlkopfmuskeln. Meist jenseits des 40. Jahres. Zuerst meist Sprachstörung; mühsames Sprechen, bes. der Zungenlaute (d, t, l, r, n, s), später der Lippenlaute (b, p, w, f, m). Sehr bald dabei Näseln: Patient spricht wie mit Kloss im Munde. Schluckbeschwerden durch Regurgitation der Speisen in die Nase, Hustenreiz, häufiges Verschlucken. Allmählich tonlose Stimme, Atemstörungen. Bald typischer Gesichtsausdruck: starre Züge mit zahlreichen Runzeln (Atrophie!) um geöffneten Mund, schmale Lippen. Bei der nicht seltenen Vereinigung mit amyotroph. Lateralsklerose nimmt auch der übrige Körper teil (mit Schwerebeweglichkeit u. Schwäche). — Alle beteiligten Muskeln zeigen degenerative Lähmung; Abmagerung, mechanische u. elektrische EaR (in der runzlig gewordenen Zunge oft sehr schön), fibrilläre Zukungen, gesteigerter Unterkieferreflex. Keine Sensibilitätsstörungen. **Verlauf, Prognose:** Stets ungünstig, Heilungen unbekannt, vorübergehende Besserungen selten. **Diff.-Diagnose:**

Abgrenzung von bulbären Tumoren oder Blutungen bisweilen unmöglich. Diphtherie macht manchmal ähnliche Rachen- u. Schlund-, aber selten Artikulationslähmung. Cf. Pseudobulbärparalyse. **Therapie:** Versuch mit stabiler Galvanisation, auch mit Auslösung von Schluckbewegungen (der Ernährung wegen wichtig!) durch Schliessen u. Öffnen des Stromes. Jodkali, Arsen (Rp. 21 ff.), Strychnin (Rp. 151, 152).

Bei der seltenen **akuten B.** durch Blutung (Erweichung oder Thrombose) treten Dysarthrie, Dysphagie plötzlich, meist unsymmetrisch auf; häufig dabei Puls u. Temperatur erhöht oder gleichzeitige Mono- oder Hemiplegie, auch Parästhesien. Keine oder erst sehr späte Atrophie! Symptome je nach Lage des Herdes verschieden! **Therapie** wie bei Apoplexie.

S. Schoenborn.

**Bursitis.** Entzündung von Schleimbeuteln, akut, eitrig oder chronisch u. dann meist sero-fibrinös (= Hygrom). Infektion meistens von aussen durch Hautverletzung, selten hämatogen; chronische Formen gewöhnlich Folge andauernder, wiederholter Reizungen, z. B. Druck, Reibung. Auch gonorrhöische B. bekannt. Sehr selten Syphilis u. Tuberkulose der Bursa. **Sympt.:** Bei akuter B. schnelle Schwellung bei Rötung, Hitze, Schmerzhaftigkeit der Bursa. Unterliegendes Gelenk in Funktion stark behindert. Gefahr des Durchbruchs der Wand; dann ev. progrediente Phlegmone. Bei chronischer B. (Hygrom) fluktuierende, kaum schmerzhaftige Geschwulst; in deren serösen Inhalt gewöhnlich kleine bewegliche Fibrinkörper (Corpora oryzoidea); hierdurch häufig Gefühl von Knirschen. Lieblingsstellen für B. u. Hygrome präpatellare Gegend, dorsale Fläche am Olecranon; Folge häufigen Rutschens auf den Knien („Dienstmädchenknie“) bzw. des natürlichen Stützens auf den Ellbogen. **Diff.-Diagnose:** Im Gegensatz zu Gelenkentzündung bei Bursitis u. Hygrom nie ganze Gelenkgegend, sondern nur ein Abschnitt vor bzw. hinter dem Gelenk geschwollen. **Therapie:** Bei akuter suppurativer B. baldigst Incision u. wenn möglich Exstirpation der Wandung; wenn diese undeutlich, gründliche Ausschabung der eitrigen Wandfläche u. Drainage des Sackes. Beim Hygrom jedenfalls totale Exstirpation des Sackes nach Eröffnung desselben, um (meist häufiges) Rezidiv zu verhüten. Nach breiter Spaltung von Haut u. Wandung präparierendes Ablösen der Wandung, am besten in toto, da man so am ehesten übersieht, dass nicht ein Teil der Wandung zurückgelassen ist. Blutstillung, breite Naht der Wände. Leser.

**Cancroid.** Hautkrebs. a) **Ulcus rodens.** **Sympt.:** Häufig bei jugendlichen Individuen. Kleine, warzige, wenig über die Oberfläche hervorragende Geschwulst mit geringer Schorf-

bildung in der Mitte. Erst nach jahrelangem Bestande allmähliches Wachstum zu Krebsgeschwür mit knorpelhartem Rande, das in der Mitte vernarben kann, während es peripher weiter zerfällt. **Therapie:** Röntgenstrahlen.

b) **Carcinoma cutis.** **Sympt.:** Knotige, tiefgreifende Geschwulst, die bald zu kraterförmigen, sehr harten Geschwüren mit aufgeworfenen Rändern zerfällt. Beteiligung der Lymphdrüsen. **Therapie:** Schleunige Exstirpation. Prognostisch am ungünstigsten ist der papillomatöse Epithelialkrebs, wie er sich aus Warzen, Nävi, in blumenkohlartiger Wucherung erhebt. Auch hier Exstirpation notwendig, während bei inoperablen Carcinomen Röntgenstrahlen Schmerzen lindern. — Cf. Endotheliom. M. Joseph.

**Cantharidinvergiftung.** Wirksames Prinzip der spanischen Fliege (*Lytta vesicatoria*). **Ätiol.:** Unvorsichtige äussere u. innere Anwendung (Liebestränke, Abortivmittel, Verwechslung von Tinct. Canthar. mit Schnaps usw.). **Sympt.:** Brennen u. Blasenbildung in Mund u. Speiseröhre, Gastroenteritis, Reizung u. Entzündung im Bereich der Urogenitalorgane (Nephritis, Dysurie, schmerzhafte Erektionen, Blutungen aus den weiblichen Genitalien, ev. Abort usw.). Fieber. Auch Delirien, Konvulsionen, Koma. **Therapie:** Beseitigung ev. Pflaster. Brechmittel (Rp. 82), Magenspülung. Abführmittel (nicht Ricinusöl). Schleimige Getränke, Opium (Rp. 8a). Cave Fette, Öle, Milch, Campher! Im übrigen symptomatisch. Guttman.

**Caput obstipum.** Schiefhals. **Ätiol.:** Betr. des angeborenen drei Theorien (keine absolut bewiesen): a) Traumatisch während der Geburt, b) kongenital durch intrauterine Lageanomalien (am wahrscheinlichsten), c) intrauterine oder post partum Myositis (v. Mikulicz). Selten im späteren Alter narbiger Schiefhals (Verbrennung, Lupus) u. rheumatischer. **Sympt.:** Kongenital fast stets einseitig, öfters rechts. Kopfnicker verkürzt, beide Portionen springen als harte Stränge vor, Kopf nach der gesunden Seite gedreht, nach der kranken geneigt. Halswirbelsäule an der gesunden Seite konvex. Kompensatorisch Brust- bzw. Lendenwirbelsäule in entgegengesetztem Sinne. Deutliche Asymmetrie des Gesichtes; kranke Seite niedrig, breit, gesunde lang, schmal. Unterkiefer verschoben, so dass oft Eckzahn oder zweiter Schneidezahn der kranken Seite auf den ersten oberen Schneidezahn passt. **Therapie:** Sofort Beginn, wenn Diagnose gestellt; auch beim Säugling. Massage, Redressement der kranken Seite, orthopädisch, exzentrische Suspension in Glissonscher Schwebe. Fixierende Halskrawatte aus Leder, Filz u. dgl. Bei höheren Graden Operation. Offene Durchtrennung aller spannenden Muskel-



stränge reicht aus, oder nach Mikulicz Exstirpation des ganzen Muskels, soweit er narbig degeneriert ist. Der Operation muss Redressement im entgegengesetzten Sinne folgen, zur Umkrümmung der Wirbelsäule; dann Gipsverband für 14 Tage, Halskrawatte für  $\frac{1}{2}$  Jahr. Fleissig Massage. — Cf. Torticollis.

Kaposi.

**Carbolsäurevergiftung.** Auch von Haut u. Schleimhäuten aus. *Sympt.:* Bei Aufnahme per os Anätzung der Speisewege u. Mundumgebung, Schlingbeschwerden, Leibschmerzen, Übelkeit, Erbrechen spezifisch riechender Massen. Schwindel, Ohrensausen, Sehstörung. Dyspnoe, Cyanose. In schweren Fällen Bewusstlosigkeit, Krämpfe, Herabsetzung der Körperwärme, Kollaps. Auch Dysurie, Anurie, Eiweiss- u. Blutharnen. Urin dunkelgrün, an der Luft nachdunkelnd. Bei äusserer Anwendung Verätzung, Hautausschläge, Gangrän, aber auch obige Symptome. *Therapie:* Magenspülung mit lauem Wasser, bis dieses geruchlos. Eiweiss, Milch. Calcaria saccharata, Magnesia usta messerspitzenweise. Excitantia. Cf. Asphyxie.

Guttman.

**Cephalhämatom.** Kopfblutgeschwulst bei Neugeborenen, bestehend in Bluterguss zwischen Schädelknochen u. Periost. Blut stammt aus den Gefässen zwischen Periost u. Knochen, sickert langsam nach, so dass das C. oft erst einige Tage nach der Geburt entdeckt wird. Es bleibt auf den Knochen beschränkt, über dem es entstand, geht also niemals über die Nähte heraus. *Therapie:* Völlig exspektativ, da stets spontane Resorption.

Fromme.

**Cervicalkatarrh.** *Ätiol.:* Reize, welche die Scheide treffen, wirken auch auf Cervixschleimhaut. (Pessarien, fehlerhafte Irrigationen, Parasiten.) Am häufigsten gonorrhöische Erkrankung u. Schädlichkeiten von Geburt u. Wochenbett (seitliche Risse). *Sympt.:* Ausfluss (glasig-schleimig oder eitrig). Schmerzen im Becken, Kreuzschmerzen, Brennen in der Tiefe der Scheide. Cervix fühlt sich verdickt an, äusserer Muttermund häufig passierbar, man fühlt die gewulstete hypertrophische Cervixschleimhaut. Im Spiegelbilde sieht man die gewulstete gerötete Schleimhaut der Cervix; äusserer Muttermund umgeben von mehr oder weniger grosser Erosion u. ev. reichlichen Ovarial-Nabothi; aus der Cervix geht reichlich eitriger Schleim ab. *Diff.-Diagnose:* Nur in Betracht kommend bei Verdacht auf Gonorrhoe, Nachweis der Gonokokken dann beweisend. *Therapie:* Abhaltung aller Reize, Ruhe, täglicher Stuhlgang, Verbot sexuellen Verkehrs (bei Gonorrhoe auch Ehemann behandeln!). Häufigere Punktionen der Cervixschleimhaut u. der Ovarial-Nabothi. Ätzung der kranken Schleimhaut mit rohem Holz-

essig, Einlegen von Glycerintampons in die Scheide. Bei hartnäckigen Fällen stärkere Ätzmittel (Chlorzink 10—20 %, Arg. nitr., 5—10 %, Tinct. jodi usw.). Sehr wirksam auch 4 % Formalin. Bei Cervixgonorrhoe Vorsicht mit Ätzungen, da dadurch leicht Ascendieren des Prozesses! Deshalb hierbei möglichst konservatives Verfahren: Ruhe, Scheidenspülungen, resorbierende Tampons, Abhaltung aller Reize. Cf. Gonorrhoe. Bei Cervixkatarrhen infolge tiefer, seitlicher Einrisse operative Therapie. Am besten Naht der angefrischten Risse nach Emmet. Oder bei hartnäckigen, absolut nicht heilbaren Katarrhen Excision der erkrankten Schleimhaut mittels des Schroederschen Verfahrens. Ev. beide Verfahren kombiniert. Cf. Cervixerosion.

Fromme.

**Cervixerosion.** *Ätiol.:* Cervicalkatarrh. Das Plattenepithel der Portio um den äusseren Muttermund herum wird allmählich durch Cervixepithel ersetzt. *Sympt.:* Hochroter Hof um den äusseren Muttermund herum. Derselbe kann feinkörnig aussehen; in der Umgebung können kleine durchschimmernde graugelbe Cystchen infolge von Sekretverhaltung auftreten (Ovula Nabothi). Reichlicher Ausfluss aus Cervix uteri, manchmal mit geringen Mengen Blut vermischt. Dumpfe ziehende Schmerzen im Kreuze u. Leibe. *Diff.-Diagnose:* Wichtig die Frage, ob die Veränderung gutartig oder bösartig. Fehlt Geschwürsbildung, sieht man einzelne Teile der Erosion sich mit Plattenepithel überkleiden, ist Brüchigkeit des Gewebes mit nachfolgender stärkerer Blutung nicht vorhanden, so spricht das für Benignität. In allen verdächtigen Fällen Probeexcision aus der Erosion u. genaue mikroskopische Untersuchung unerlässlich! *Therapie:* Wie bei Cervicalkatarrh. Fromme.

**Cervixrisse.** *Ätiol.:* Narben, Neubildungen der Cervix; übermässige Grösse des Schädels oder des Schultergürtels (zumeist nach Extraktionen bei mangelhaft erweitertem Muttermund); akute Dilatationen mit Bossi oder Metreurynter. *Sympt.:* Longitudinaler Riss, der sich auf Scheide u. in das Parametrium fortsetzen kann; nach der Geburt des Kindes beginnende kontinuierliche Blutung. *Komplik.:* Verblutung bei Zerreiassung der A. uterina. Ureterfistel. Infektion. Perimetritis. Parametritisches Exsudat. *Diff.-Diagnose:* Andauernde Blutung trotz guter Kontraktion des Uterus u. Fehlens äusserer Verletzungen; ev. Feststellung durch Inspektion oder Palpation. *Therapie:* Prophylaxe! Momburgscher Schlauch; Tamponade, auch bei Anwendung styptischer Mittel u. Gegendruck von Bauchwand u. Damm unsicher, in praxi aber unentbehrlich. Am besten Vereinigung der Wundränder der mit Kugelzangen weit herabgezogenen Cervix durch tiefgreifende Catgutnähte ev. nach

querer Umschneidung der Vagina oberhalb des Risses. Bei veralteten tieferen C. nach erfolgloser Behandlung gleichzeitigen Cervikalkatarrhs\* Operation nach Emmet oder Schröder.

Kayser.

**Cervixstenose.** Verengung des äusseren, seltener des inneren Muttermundes, sowie Stenose der ganzen Cervix. **Ätiol.:** Angeboren (zusammen mit Verlängerung der Cervix bei Atrophie des Uterus); erworben (Narbenstenosen nach Rissen, Geschwürsbildungen, Operationen). **Sympt.:** Bei Menstruation mehr oder weniger heftige Gebärmutterkoliken mit Reflexerscheinungen (Übelkeit, Erbrechen, Migräne); Sterilität. **Komplik.:** Endometritis, Oophoritis, Neurosen. **Diagnose:** Äusserer Muttermund kaum nachweisbar. Cervix mitunter ausgedehnt; Cervix lässt 4 mm starke Sonde nicht, oder nur schwer passieren. **Therapie:** Mehrfache Sondierung (häufig zur Konzeption ausreichend); in schweren Fällen Laminaria, danach Metaldilatoren; blutige Eingriffe meist unnötig.

Kayser.

**Chalazion.** Hagelkorn. Verstopfung u. Ektasie des Ausführungsganges von Meibomschen Drüsen, die unter der Conjunctiva tarsi an der Innenseite des Lidknorpels liegen. **Ätiol.:** Bestehende Blepharitis, Conjunctivitis. **Sympt.:** Circumscripte harte Anschwellung unter der Lidbindehaut. Da einzelne Drüsenschläuche weit in den Knorpel hineinreichen, oft stärker entwickelt unter der äusseren Lidhaut. Der gestaute Drüseninhalt kann erweichen u. vereitern; dann ist das Chalazion in entzündetes Gewebe eingebettet. **Therapie:** Im entzündlichen Stadium Incision u. Entleerung des Eiters. Im chronischen nicht entzündlichen Zustande Ausschälung der kleinen Geschwulst je nach der Lage von der Lidhaut oder Conjunctiva aus. Zur Vermeidung von Rückfällen Massage der Lidränder mit gelber Augensalbe (Rp. 194).

Schieck.

**Chloasma.** **Sympt.:** Umfangreiche erworbene Pigmentflecke. Entstehen an Stellen, die starkem Drucke ausgesetzt sind, z. B. bei Frauen infolge Schnürens; oder nach Auflegen örtlicher Reizmittel, wie Sinapismen (Ch. traumaticum); bei kachektischen Individuen als braune Flecken im Gesichte erscheinend (Ch. kachecticorum); auch reflektorisch bei Unterleibsleiden ebenfalls im Gesicht (Ch. uterinum). **Therapie:** Betupfen kleiner Stellen mit Acid. carbol. liquef., wodurch Anätzung u. Abschiebung der Oberhautschichten mit nachfolgender Bildung normaler Haut. Cf. Ephelides.

M. Joseph.

**Chloralvergiftung.** **Sympt.:** Schlafsucht, Koma, Asphyxie, ev. plötzlicher Tod. Bei chronischer Chl. Ernährungsstörungen, Exantheme, nervöse Störungen, Gedächtnisschwäche usw. **Diff.-Diagnose:** Bei Äther, Chloroform charakterist.

Geruch, bei Morphinum Miosis. **Therapie:** Akute Chl. wie Chloroformvergiftung; insbes. Strychnin, Verhütung der Abkühlung. Bei chronischer Chl. Entziehungskur in Anstalt.

Guttmann.

**Chloroformvergiftung. Sympt.:** Erbrechen, Asphyxie, weite, starre Pupillen, Atmungs- u. Herzstillstand. Bei Aufnahme per os ausserdem Gastroenteritis. Nachträglich Verfettung u. Degeneration innerer Organe (bes. Leber, Herz, Nieren). **Therapie:** Lange fortgesetzte künstliche Atmung, Herzmassage, Faradisation der Phrenici, rhythmische Zungen-  
traktionen, Verhütung der Körperabkühlung. Excitantien (Rp. 83 ff.); auch Strychnin (bis 0,005, Rp. 152). Cf. Asphyxie.

Guttmann.

**Chlorose. Ätiol.:** Fast nur bei Mädchen zw. 14.—20. Jahr (Pubertät); 2—4 monatliche Attacken; Rezidive bis in 30er Jahre; Erblichkeit. Leben in der Stadt, viel Sitzen, unzweckmässige u. ungenügende Ernährung, mangelhafte Hygiene, bes. schwächliche Konstitution (Krankheiten in der Jugend), Anomalien des Herzens u. der Gefässe begünstigen Ausbruch. Auslösend wirken (für Therapie auch wichtig): Tuberkulose (ev. latent, Tuberkulininjektion!), Ulcus ventriculi (okkulte Blutverluste), organische Herzfehler, Nephritis, Enteritis, bes. zu starke Menses, mangelhaft entwickelte Sexualorgane, Gastropose, Infektionskrankheiten, Helminthiasis (soweit nicht sekundäre Anämie). **Sympt.:** Blut, in leichten Fällen Zahl der Roten ungefähr normal, Hb-Wert relativ herabgesetzt, in schweren auch Zahl der Roten; Mikro-, Makro-, Poikilocyten, in schweren Fällen reichlicher, dann auch kernhaltige Rote bis Megaloblasten. Leukocyten in unkomplizierten Fällen ohne Besonderheiten. Entsprechende Anämie der Haut u. Schleimhäute, kalte Hände u. Füsse, Dyspnoe bei körperlichen Anstrengungen, Herzklopfen, Nonnensausen, akzidentelle Geräusche (Herzspitze, Pulmonalis), bis Dilatation des Herzens u. relative Insuffizienz, Ödeme (Hydrämie oder von Herz her). Vom Gehirn her (Anämie): Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen; vom Nervensystem: Mattigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Abgeschlagenheit bes. morgens, Migräne, neuralgische Beschwerden. Magensaft bei leichter bis mittelschwerer Form meist an oberer Grenze sauer, bei schwerer in der Regel hyperacid, mit Besserung wieder zurückgehend. Bizarre Essgelüste, Appetitlosigkeit, Erbrechen oft. Menstruation aussetzend, unregelmässig, ev. Fluor. **Diff.-Diagnose:** Sekundäre Anämie\*. **Therapie:** Obige Schädlichkeiten bekämpfen. In schwereren Fällen Bettruhe ev. bis mehrere Wochen. Anorganisches Eisen, wo bzw. sobald vertragen: Pilul. Blandii rec. parat. 3 × tgl. 2—3 Pillen; leichter: Rp. Ferr. reduct. 8,0, Glycerin

et Gelatin. q. s. ad. pilul. No. C, 3 × tgl. 1—3 Pillen; ev. + Chinin. sulfuric. 3,0 (bei Milzschwellung; auch Rp. 171) oder + Acid. arsenic. 0,06 oder beides zusammen; Ferr. oxydat. sacchar. mehrmals tgl.  $\frac{1}{2}$  Teelöffel; Rp. 168, 169; Rp. Ferr. lactic. 10,0 (ev. + Ac. arsenic. 0,1), Massae pil. q. s. No. C, 2—3 Stück tgl. Alles nach dem Essen. Ev. Luftwechsel (milderer Klima). Leichter resorbierbar u. besser vertragen, aber an sich nicht besser in Wirkung sind organische Eisenpräparate: Rp. 172, 173, Liq. ferr. albuminat. 3 × tgl. 1 Teebis 1 Essl. Auch mit Arsen, Phosphor, Jod, Lecithin usw. kombiniert, z. B. Nukleogen (As, Fe, P) usw. Eisenwässer, am besten an Ort u. Stelle, gut bekömmlich (unterstützt von den sonstigen klimatisch-hygienisch-diätetischen Heilfaktoren). Eisen u. Arsen kombiniert (cf. S. 21), bes. wenn Erythrocytenzahl vermindert. Wo Eisen nicht vertragen, ev. Arsen subcutan (Rp. 22), cf. Anaemia perniciosa; auch Fe subcutan: Ferridammon. citric. virid. (10% Lösung) 1,0 pro die. Sonst auch Schwitzkuren, heisse Bäder, Aderlässe empfohlen. Ulcus zuerst ausheilen, ca. 3 Monate später Eisen per os. Arneth.

**Chlorvergiftung.** *Sympt.:* Bei Einatmung von Dämpfen Reizung der Schleimhäute (Augen, Luftwege), Husten, Dyspnoe, Erstickungsanfälle. Kopfschmerz, Betäubung, Koma. Charakteristischer Geruch. Bei Aufnahme per os (Chlorwasser, Eau de Javelle) Gastroenteritis. *Therapie:* Frische Luft, Einatmung von Wasserdämpfen; ev. Narkotica, Tracheotomie. Magenspülung. Innerl. schleimige Getränke, Eiweiss, Milch, Natr. thiosulfuricum (messerspitzenweise in Wasser).

Guttman.

**Cholera asiatica.** Durch den Kochschen Komma-bacillus hervorgerufener Brechdurchfall. *Ätiol.:* Verunreinigung der Hände, der Nahrungsmittel u. Getränke mit den in Dejektionen Cholerakranker enthaltenen Erregern (Trinkwasser!). Diätfehler, Magen-Darmkatarrhe erhöhen Disposition. — Gesunde Bacillenträger! *Sympt.:* Während der Inkubation (1—8 Tage) leichte, uncharakteristische „prämonitorische“ Diarrhoe. Nach 1—3 Tagen Choleraanfall (Stadium algidum): Plötzliche grosse Schwäche, heftigste, schmerzlose Diarrhoe (bis 20 Entleerungen pro Tag). Stuhl anfangs noch gefärbt; später trüb-wässerig, mit Flocken vermengt („Reiswasserstühle“); Kollern im Leib. Dann unstillbares Erbrechen. Wasserverarmung des Körpers, brennender Durst. Verfallenes Aussehen; Haut u. Schleimhäute blass, trocken, rissig; kühle Extremitäten. Tonlose Stimme. Wadenkrämpfe. Harnabsonderung vermindert (Eiweissgehalt!) bis aufgehoben. Herzklopfen, Präkordialangst; rasch Herzschwäche, fast unfühlbare Puls; Sopor. Temperatur

axillar erniedrigt, rectal häufig erhöht. Anfallsdauer 1—2 Tage, Ausgang entweder in Stadium asphycticum: Pulslosigkeit, Koma; meist rasch Tod; oder Besserung des Befindens, Nachlass des Erbrechens, Auftreten gefärbter Stühle. Allmählich wieder Harnentleerung (blut- u. eiweisshaltig). Nach 1—2 Wochen Genesung. **Komplik.:** Anfangs, später selten, Rückfälle; ev. tödlich. Oder anschliessend an den Anfall Cholera typhoid: Stärkeres Fieber, Benommenheit, mässige Durchfälle, fleckige Exantheme an Hals u. Rumpf. Manchmal auch geschwürige Enteritiden (eitrig-blutige Stühle), Pneumonie, diphtherische Entzündungen der Atmungswege. Nicht selten Cholera nephritis mit Anurie u. Urämie. — Andere Verlaufsformen: Selten Cholera siderans mit tödlichem Ausgang noch vor Einsetzen der Durchfälle. Häufig leichte Formen: Cholera diarrhoe mit nur mässiger Gastroenteritis oder Cholera mit starken Durchfällen, Kollaps, Wadenkrämpfen, aber ohne Nierensymptome. **Diff.-Diagnose:** Von Cholera nostras\* nur bakteriologisch zu unterscheiden (Anordnung in Häufchen, Cholera rotreaktion, Pfeiffers bakteriolytischer Versuch, Agglutination). Bei Arsenvergiftung\* Leibscherzen, Brennen im Munde, geringere Nierenstörungen. **Prognose:** Ausgebildete Fälle 40—60 % Mortalität. Anurie ungünstiges Zeichen. Kinder u. ältere Leute stärker bedroht als mittleres Alter. **Prophylaxe:** Isolierung verdächtiger Fälle. Desinfektion von Stuhlgang, Wäsche usw. Feststellung u. Beseitigung der Infektionsquelle. — Für den einzelnen: Vermeidung von Magen-Darmstörungen; kein ungekochtes Wasser trinken; keine rohen Speisen! Peinlichste Reinlichkeit! Schutzimpfung (?). **Therapie:** Bettruhe, Wärme. Flüssige Kost, Rotwein. Opiumtinktur, 2—3 stdl. 4—8 Tr.; sonstige Antidiarrhoica (Rp. 7 ff.). Erbrechen s. d. Mehrmals täglich grosse Einläufe (1—2 l warmer 1—2 %iger Tanninlösung); subcutane, besser intravenöse Kochsalzinfusionen (bis zu 3—5 l pro Tag). Campherinjektion u. a. Analeptica (Rp. 83 ff.). Bei Wadenkrämpfen Massage. — Vielleicht Versuch mit grossen Mengen Bolus alba zu machen (100 g in 1 Glas Wasser verrührt auf einmal zu trinken). In der Rekonvaleszenz vorsichtige Diät. — Ch. u. Verdacht auf Ch. sind meldepflichtig. Beuttenmüller.

**Cholera nostras.** Heftige, viell. spezifische Gastroenteritis; Erreger unbekannt. Meist epidemisch im Sommer. Kinder häufiger als Erwachsene befallen. **Sympt.:** Die der Cholera resp. Cholera. Nur Kommabacillus fehlt. **Diff.-Diagnose:** Möglichkeit einer Cholerainfektion? Ev. bakteriologische Untersuchung. Arsenvergiftung\*, Urämie\*. **Prognose:** Bei kleinen Kindern u. älteren Leuten dubiös; durchschnittlich 10 % Mortalität. **Therapie** s. Ch. asiatica u. Säuglingsernährungsstörungen. Beuttenmüller.

**Chorda.** *Sympt.:* Verkrümmung des Penis bei akuter Gonorrhoea ant. superficialis, sobald das Corpus cavernosum urethrae infolge starker Schwellung der Harnröhrenschleimhaut nicht jeder Volumensvermehrung der Corpora cavernosa penis folgen kann. Gleiches auch bei plastischer Induration der Corpora cavernosa penis möglich (Entwicklung von fibrösem Gewebe mit Kalkeinlagerung). *Therapie:* Im ersteren Falle verschwindet Ch. mit Heilung der Gonorrhoe, im letzteren Besserung nur durch Excision oder Fibrolysininjektionen (Rp. 184).

M. Joseph.

**Chorea (minor).** Veitstanz. Reine cerebrale Neurose; anatomische Befunde von einiger Bedeutung nicht bekannt (ausser bei der seltenen Ch. nach Hirnverletzungen u. Blutungen). *Ätiol.:* Vielfach unklar; auf toxisch-infektiösen Ursprung deuten das meist akute Auftreten, die bisweilen epidemische Verbreitung, die häufige Koinzidenz mit Polyarthritis acuta u. Endokarditis (Mitralfehlern), auch bisweilen der leicht fieberhafte Beginn, sowie der Zusammenhang mit der Gravidität (s. u.). Häufig neuropathische Anlage; seelische Erregungen oft auslösend. Imitation (bei Schulkindern) löst wohl nur choreaähnliche hysterische Zustände aus. *Sympt.:* Meist bei Kindern u. jungen Mädchen. Gliederunruhe; Unvermögen, die Glieder still zu halten, still zu sitzen, zu schreiben, bes. bei der durch Befehl dazu hervorgerufenen Erregung. Die plötzlichen Bewegungsstörungen sind klonische Zuckungen, die bald dies, bald jenes Muskelgebiet des ganzen Körpers ergreifen. Gegenstände werden fallen gelassen, die Hand fährt beim Schreiben aus, der Arm fährt in die Höhe oder vors Gesicht, es werden Fratzen geschnitten. Gesicht, Rumpf, Arme stets bes. beteiligt, oft auch Zunge, so dass Sprache explosiv, oft unterbrochen; das Kind schmatzt, schnalzt oder ist völlig stumm. Störung meist einseitig stärker, nimmt bei gewollten Bewegungen u. Aufregung zu. Im Schlaf sistieren Anfälle meist. Häufig dabei Verstimmtheit, selten maniakalische Anfälle. Organische Symptome fehlen meist, ausser den oft durch gleichzeitigen Gelenkrheumatismus erzeugten Herzfehlern. *Komplik.:* Häufig Hysterie. *Verlauf:* Meist nach 2—3 Monaten Heilung. Selten Exitus bei sehr schweren Formen durch Myokarditis. *Diff.-Diagnose:* Schwierig nur gegen Hysterie (meist noch andere Symptome u. Stigmata) u. Tic (meist wiederkehrende bestimmte Muskelzuckungen). *Therapie:* Ruhe, Isolierung, Arsen (Rp. 21, je nach Alter 3 × tgl. 3—9 Tropfen); weniger Brom, Narkotica. Milde Hydrotherapie. Behandlung der Endokarditis nicht zu vergessen!

**Ch. chronica hereditaria.** Selten; beginnt meist erst im 4. Decennium, dauert bis zum Tode; scheint auf organischer

Gehirnläsion zu beruhen. Hier überwiegen grimassierende Gesichtsbewegungen; oft dabei psychische Störungen.

S. Schoenborn.

**Chorea gravidarum.** Umfasst die Formen, bei denen früher vorhandene oder plötzlich in der Schwangerschaft auftretende Choreaattacken zu bedrohlicher Heftigkeit sich steigern. *Sympt.:* Stärkste Unruhe, die Verweilen im Bett unmöglich macht; spontaner Abgang von Stuhl u. Urin; allgemeine Entkräftung; Delirien; Fieber; Tod. *Komplik.:* Diabetes, Apoplexie, Embolien, vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft. *Therapie:* Arzneimittel versagen meist; daher in schweren Fällen frühzeitige künstliche Frühgeburt (häufig Fieber im Wochenbett infolge erschwerter Antisepsis; am besten daher Krankenhausbehandlung); in nicht zu vorgeschrittenen Fällen meist lebensrettend. Cf. choreatische Psychosen. Kayser.

**Choreatische Psychosen.** *Ätiol.:* Cf. Chorea; dazu Erschöpfung infolge anhaltender Bewegungsunruhe, Infektion, degenerative Anlage. *Sympt.:* a) Bei Chorea minor leicht manische oder melanchol. Attacken oder Zustände deliranter oder halluzinatorischer Verwirrtheit; aber auch Psychosen von längerer Dauer, meist mit Halluzinationen, flüchtigen Wahnideen, Ratlosigkeit (Amentia). b) Bei chronischer (hereditärer) Chorea allmählich zunehmende Demenz. *Diff.-Diagnose* (zu a): Motorische Unruhe bei einfacher Manie u. akuten Psychosen. *Therapie:* Behandlung des Grundleidens (cf. Chorea). Bei hochgradiger Bewegungsunruhe Verhütung von Verletzungen. Keine festen Speisen wegen Verschluckens. Häufige kleine Mahlzeiten, ev. Sondenernährung. Cave Chloral wegen Herzaffektion.

L. W. Weber.

**Chorioiditis.** a) **Herdförmige Ch.** *Ätiol.:* Lues, Tuberkulose, Infektionskrankheiten. *Sympt.:* Subjektiv: Flimmern vor den Augen; je nach Lage der Herde mehr oder weniger ausgeprägte Abnahme der Sehschärfe u. positive Skotome im Gesichtsfelde. Objektiv: Helle, anfangs gelbrötliche u. verwaschene, später weisse u. schwarz pigmentierte scharf begrenzte Herde auf dem Fundus. Regellos verstreut bei Ch. disseminata, im Bereiche der Macula bei Ch. centralis (meistluetisch), in Gruppen u. Strichen zwischen Papille u. der Macula, sowie in letzterer selbst bei Ch. areolaris (für hohe Myopie charakteristisch). Bei akutem Beginne der Ch. disseminata u. centralis ist die über dem frischen Herde liegende Retina oft getrübt u. geschwollen, so dass der chorioiditische Prozess selbst vorerst nicht sichtbar ist (Chorioretinitis acuta); oder Rötung u. Verwaschenheit der Papille als Zeichen der Opticusbeteiligung. In späten Stadien schwerer Fälle wandert Pigment von hinten



her in die Netzhaut, gelangt vor die Netzhautgefäße ähnlich der Retinitis pigmentosa (Chorioretinitis posterior). Vor allem bei Lues tritt eine Sklerose der Chorioidealgefäße in Gestalt weissgelber anastomosierender Streifen hervor; ähnlich auch bei Ch. infolge hoher Myopie. Besondere Form ist die Miliartuberkulose der Aderhaut, kenntlich als Chorioretinitis acuta, bei Meningitis tuberculosa u. akuter Miliartuberkulose, kurz ante exitum. **Komplik.:** Netzhautablösung, Glaskörpertrübungen, Blutungen in Aderhaut, Retina, Glaskörper. **Diff.-Diagnose:** Bei Retinitis pigmentosa fehlen die hellen Herde auf dem Fundus; nur feinkörniges Pigment in der Peripherie. **Therapie:** Schmierkur bei Lues, Tuberkulin- u. Allgemeinbehandlung bei Tuberkulose. Schwitzkuren, Jodkalium. Lokal: Subconjunctivale Injektionen von erwärmter physiol. Kochsalzlösung, je nach Vertragen tgl. od. in mehrtäg. Pausen 1 ccm, bds. od. abwechselnd rechts od. links, resp. nur auf der erkrankten Seite.

b) **Diffuse Ch.** Entsteht durch Konfluieren einzelner Herde u. Degeneration grosser Bezirke der Aderhaut. Meist bei Lues, auch Arteriosklerose. Therapie wie bei a).

c) **Eitrige Ch.** Bei Verletzungen des Bulbus (Panophthalmie); metastatisch bei Infektionsherden im Körper. Resultat: eitriges Glaskörperexsudat, Amotio retinae, im besten Falle Phthisis bulbi. Schieck.

**Chromsäurevergiftung.** Meist gewerblich. **Sympt.:** Gelbrote Verätzung u. Schwellung der Mundschleimhaut, Salivation, Erbrechen gelbgrüner Massen, Diarrhoen (ev. blutig). Harn eiweiss- u. bluthaltig. Ikterus. Dyspnoe, Krämpfe, Kollaps, **Therapie:** Magenspülung mit Sodalösung. Innerl. Milch, Eiweiss, Kalkzucker oder Magnesia carbon. (messerspitzenweise). Opiate. Guttman.

**Chylothorax.** Selten; bei Trauma, Arrosion, Stauung (tuberkulöse Drüsen, Tumoren), des Duct. thoracicus, auch kryptogenetisch. Physikalischer Befund wie bei Pleuritisexsudat. Bei Punktion milchige Flüssigkeit, ev. mit Blut; Rahm beim Stehen oben auf. **Diff.-Diagnose:** Fetthaltiges Exsudat bei Carcinom u. Pleuratuberkulose enthält fettig degenerierte Zellen, bei Chylothorax feinste Fetttropfchen. **Therapie:** Wiederholte Punktionen. **Prognose:** Ungünstig bei Zerreissung. Arneht.

**Cimex lectularius.** **Sympt.:** Durch Bettwanzen wird nachts stark juckende Urticaria, oft bullösen Charakters u. nicht nur an der Stichstelle, sondern auch reflektorisch an entfernten Stellen erzeugt. **Therapie:** 5—10% Mentholsalbe. Entfernung der Wanzen aus der Wohnung durch Herunter-

reißen der Tapeten, Abputzen der Wände, Hineingiessen von Salpetersäure in Brutstätten, an den Mauerlöchern u. zwischen den Bettwänden.

M. Joseph.

**Cocainvergiftung, akute.** Bes. nach subcutaner Injektion, Schleimhaut-, Lumbalanästhesie, Anginapastillen. **Sympt.:** Trockener Mund u. Rachen, Schluckbeschwerden, Präkordialangst, kalter Schweiß, weite Pupillen, rauschartiger Zustand, Reflexkrämpfe, Koma, Kollaps. Zuweilen Sehstörungen Halluzinationen, Verfolgungswahn, Selbstmord. **Therapie:** Bei Aufnahme per os Tannin (Rp. 11), erwärmtes Ricinusöl. Magenausspülung bzw. Brechmittel (Rp. 82). Sonst Amylnitrit (Rp. 56). Ferner Hautreize, Excitantia (Rp. 83 ff.). Sauerstoff, künstliche Atmung. Bei Krämpfen u. Erregungszuständen Narkotika (Rp. 131 ff.) ev. Äthernarkose.

Guttmann.

**Cocainvergiftung, chronische.** **Ätiol.:** Cocainmissbrauch auf degenerativem Boden, bes. bei Morphinisten. **Sympt.:** Körperl.: Weite Pupillen, sonst wie bei Morphinismus. Psychisch: Akute Störungen von schwerer halluzinatorischer Verwirrtheit, impulsive u. gewalttätige Handlungen. **Therapie:** Entziehungskur (cf. Morphinismus).

L. W. Weber.

**Coccygodynie.** **Sympt.:** Neuralgische Schmerzen am Steissbein bes. beim Nieder- u. Aufsitzen, im Bereich des Plexus coccygeus (aus dem 5. Sakral- u. den Coccygealnerven, auf der Vorderfläche des M. coccygeus). **Therapie:** Antineuralgica (Rp. 37 ff.). Falls erfolglos Excision des Steissbeins, die sicher Beschwerden beseitigt, da hierbei die betr. Nerven dauernd getrennt werden.

Leser.

**Colchicinvergiftung.** Auch durch Genuss der Herbstzeitlose (*Colchicum autumnale*). **Sympt.:** Nach einigen Stunden Salivation, Übelkeit, Erbrechen, Koliken, Diarrhoen (auch blutig), starker Durst, Anurie. Muskelzuckungen ev. Wadenkrämpfe. Schlaflosigkeit, Kollaps, Atmungslähmung. **Diff.-Diagnose:** Arsenvergiftung\*. Gegenüber gewöhnlichem Brechdurchfall schwererer Allgemeinzustand. **Therapie:** Magenspülung. Schleimige Getränke. Tannin (0,1—0,3). Opiate (Rp. 8a). Kindern 1—5 mg Morphium in Gummi arabicum (Binz). Auch Kalium permangan. (1‰) weinglasweise. Excitantia (Rp. 83 ff.). Kochsalzinfusionen.

Guttmann.

**Comedones.** **Sympt.:** Cf. Akne vulgaris. **Therapie:** Frühzeitig Entfernung, damit keine Folgeerscheinungen (s. S. 10). Dazu Comedonenquetscher oder vorher ausgekochter Uhrschlüssel u. Waschungen mit Marmor- oder Bimssteinseife (Schwefel-Sandseife) oder Unnas Sapo cutifricius (Rp. Sapon. kalin. adipos. 40,0, Cremor. gelanth. 10,0, Sap. pumic. pulv. 45,0, Extr. Reseda 5,0) oder Unnas 2—5—10% Natriumsuperoxyd-

seife (Rp. Natr. peroxyd. subst. pulv. 2,5—5, 0—10,0, Paraffin. liquid. 28,0, Sapon. med. pulv. 67,0). Seifenschaum bleibt eine Stunde bis eine Nacht liegen; bei ev. Reizungserscheinungen Vaseline.  
M. Joseph.

**Condylomata acuminata.** *Sympt.:* Blumenkohlartige Geschwülste vom Typus der Akanthome mit kolossaler Entwicklung der Stachelzellen. Beim Manne bes. an Glans penis, Sulcus coron. glandis u. Lamin. int. praeputii, Orific. ext. urethrae u. Anus; bei Frauen in Umgebung der Fossa navicularis, Vagina, am Perineum u. Labio-Cruralfalt. Infolge dieser Lokalisation mazeriert Oberfläche; die mitunter nur erbsen- bis bohnen-, andere Male selbst faustgrossen, einzeln oder zu Haufen angeordneten, wie beerenartigen Gewächse, die an ihrer Oberfläche tiefe Einrisse haben, nassen u. übel riechen. Ausnahmsweise in der Mundhöhle, bes. an der Zunge. Vielleicht Spirochaete refringens Ursache dieser infektiösen Geschwülste. *Therapie:* 2 × tgl. Aufstreuen von Resorcinpulver. Nach einigen Tagen sind die Geschwülste verätzt; zur Nachbehandlung Dermatol. Auch Betupfen mit Plumbum causticum, Chloralhydrat (1 : 8) oder mit Formalin nach vorherigem Cocainisieren. Paquelin u. galvanokaustische Schlinge nur bei grossen Vegetationen.  
M. Joseph.

**Condylomata lata.** *Sympt.:* Bei Lokalisation papulöser Syphilide an zwei sich dauernd berührenden u. feuchten Stellen, z. B. Scrotum, Oberschenkel, Anus, Vulva, Mamma, Nabel, Achselhöhle, äusserer Gehörgang, Interdigitalfalt., Nagelrand, mazeriert die Oberfläche. Diese mit missfarbigem, grauweissem Belage versehenen Flächen oder knopfförmig vorragenden Auswüchse heissen C. l. Durch Kontaktinfektion beteiligt sich gegenüberliegende Fläche. Durch Zerfall der oberflächlichen Schichten bis auf den Papillarkörper bildet sich condylomatöses, ausserordentlich infektiöses Geschwür. Meist im 1. Jahre nach der Infektion. Nachweis der Spirochaete pallida leicht, u. a. durch Tuscheverfahren. Cf. Syphilis. *Therapie:* Neben Allgemeinbehandlung lokal Kalomelpulver oder Quecksilberpflastermull.  
M. Joseph.

**Coniivergiftung.** Auch durch Genuss von Schierling (Conium maculatum). *Sympt.:* Brennen in Mund u. Schlund, Salivation, Übelkeit, Erbrechen. Schwindel. Mydriasis. Parästhesien u. Anästhesie. Aufsteigende Lähmung (Beine, Arme, Atmungsmuskeln). Krämpfe. Kollaps. *Therapie:* Brechmittel (Rp. 78 ff.), Magenspülung mit Tannin oder Kal. permangan. (1 %). Essigklystiere, Excitantia (Rp. 83 ff.). Strychnin (0,005, Rp. 152). Künstliche Atmung. Ev. Chloral. Guttman.

**Conjunctivitis (simplex).** *Ätiol.:* Staub, Hitze, chemische Reize usw., Infektion, aufsteigende Katarrhe der Nasenschleimhaut, Tränensackerkrankungen, Übergreifen von Hautleiden.

a) **Conjunctivitis acuta.** *Sympt.:* Lider leicht geschwollen, reichliche Tränenabsonderung, Lichtscheu, an den Wimpern eingetrocknetes Sekret. Rötung u. Auflockerung der Conjunctiva bei erhaltener Glätte der Oberfläche. Ab u. zu Chemose. Epidemisch verursacht durch Bacillus Koch-Weeks (kleine, schlanke, Gram-negative Bacillen) u. durch Pneumokokken. *Komplik.:* Katarrhalische oberflächliche Hornhautgeschwüre mit Vorliebe am Limbus. Rauchige Trübung der oberflächlichsten Hornhautschichten. *Therapie:* Einstreichen von Rp. Sublimat 0,003, Aq. q. s., Vaseline amer. alb. 10; Touchieren der elektroponierten Lidinnenflächen mittels 2% Arg. nitric.-Lösung (Neutralisieren des Überschusses durch Kochsalzlösung!). Nach Abklingen der stürmischen Erscheinungen Einträufeln von Zinklösung (s. u.). Eiskalte Umschläge mit Borwasser.

b) **Conjunctivitis chronica.** Häufig verursacht durch den Diplobacillus Morax-Axenfeld (Gram-negative, dicke Diplobacillen). *Sympt.:* Geringe Rötung des freien Lidrandes, stärkere Füllung der Gefäße der Conj. bulbi u. namentlich tarsi. Geringes, mit Schleimflocken u. Schaum vermisches, Sekret. Fremdkörpergefühl, Jucken, Tränen. Verdunkelungen durch Schleimfäden an der Hornhautoberfläche. Oft lästige fibrilläre Zuckungen im Orbicularis. Mouches volantes. *Therapie:* Instillation von Rp. Zinc. sulf. 0,03, Aq. dest. 10,0; ev. mit Cocain. mur. 0,1 bei starkem Juckreiz. Einträufeln von schwachen Arg. nitric.-Lösungen auf die Dauer zu vermeiden (Argyrosis conjunctivae!). Kalte Umschläge mit Borwasser.

c) **Akuter Schwellungskatarrh der Kinder.** Mit hochgradigem Lidkrampf u. starker Lichtscheu komplizierte akute u. chronische Conjunctivitis. Wenn keine schwere Hornhautaffektion Grund der Lichtscheu, kann man durch öfteres Eintauchen des Gesichtes in kaltes Wasser schnelle Besserung erzielen. Meist liegen allerdings leichte Hornhautinfiltrate\* vor, deren Behandlung die Hauptsache ist. Schieck.

**Conjunctivitis crouposa u. diphtherica.** Bei Conj. diphth. Fibringerinnung innerhalb der Schleimhaut, nicht abziehbare Membranen; bei Conj. crouposa Fibrinauflagerung, abziehbare Membranen. Beides verschiedene Grade desselben Prozesses, der auch künstlich durch Ätzungen entsteht. *Ätiol.:* Infektion der Bindehaut durch Löfflers Diphtheriebacillus, seltener Strepto- u. Staphylokokken; vielfach Mischinfektion. *Sympt.:* Im Beginne brethartcs Lidödem, bläulichrote Ver-

färbung der nur schwer oder gar nicht umzuklappenden Lider. Lidbindehaut schmutzig gelb; auf oder in ihr Membranbildung. Später stösst sich unter eitriger Sekretion die Membran, resp. nekrotische Oberfläche in Fetzen ab, während Lider anschwellen. Oberfläche der Conjunctiva in diesem Stadium rau, blutend. Heilung setzt unter Narbenbildung ein, die in schweren Fällen zu ausgedehnten Verwachsungen u. Zerstörung der Übergangsfalte führen kann. **Komplik.:** Sekundäre Infektion der Hornhaut, Ulcus corneae, Einschmelzen der Hornhaut, Perforation, Panophthalmie. Postdiphtherische Lähmungen wie nach Diphtheria faucium. **Therapie:** Bei einseitiger Erkrankung abschliessender Verband (Watte mit Collodium, Uhrglasverband; täglich nachsehen!) auf das intakte Auge. Behring-Serum in grossen Dosen. Örtlich kalte Umschläge (Eis-Sublimatlösung 1 : 5000). Isolierung. Bei Ulcus corneae (s. d.) abwechselnd Verband u. kalte Umschläge. Spezialärztliche Behandlung durchaus notwendig. Bei Zurückgehen d. Prozesses Zinc. sulf. (0,3 %) u. Arg. nitric. (0,5 %). Schieck.

**Conjunctivitis follicularis.** **Ätiol.:** Lymphatische Diathese, Ursache oft unbekannt. **Sympt.:** Zum Unterschied vom Trachom\* finden sich bei gewöhnlicher Conj. follicul., deren Lymphfollikel sich von Trachomgranula nicht unterscheiden lassen, die Follikel nur auf der Conjunctiva des unteren Lides und der unteren Übergangsfalte, am oberen Lide einzig in der Nähe der inneren u. äusseren Lidkommissur, während obere Übergangsfalte u. oberer Tarsus frei sind. Mutterboden nicht so trübe u. aufgelockert wie beim Trachom. Niemals Narbenbildung. Follikel verschwindet spurlos ohne zu platzen. Meist auch anderwärts Drüsenanschwellungen. Vorwiegend bei jugendlichen Personen. Selten geht Follikelbildung ein Stück weit auf Conjunctiva bulbi über. Pannus fehlt stets, wenn nicht scrofulöse Keratitis daneben besteht. Hornhautkomplikation durch Conj. follicul. ausgeschlossen. **Therapie:** Instillation von 0,3 % Zinc. sulf.-Lösung, 1—2 × tgl. Kühle Umschläge mit Borwasser. Innerlich Eisen, Lebertran. Roborierende Diät. Salzbäder. Bei zögernder Resorption der Follikel Abreiben der ekthropionierten Conjunctiva mittels in Sublimatlösung 1 : 2000 getauchter Wattebäuschchen. Schieck.

**Coronarsklerose.** Sklerose der Kranzarterien des Herzens; diffus oder herdförmig, so dass Herzmuskel unterernährt wird u. degeneriert (bindegewebige Schwielen). Andererseits kann C. auch Folge von Myokarditis sein. **Ätiol.** s. Arteriosklerose. Meist jenseits des 40. Jahres. **Sympt.:** Ev. nur allgemeine Erscheinungen chron. Herzmuskelinsuffizienz, bes. Atemnot schon bei geringen Anstrengungen (namentlich im Be-

ginn) u. nach reichlicher Nahrungsaufnahme; Herzschmerzen. Relativ oft aber Angina pectoris u. ausgesprochenes Asthma cardiale (auch nachts im Schlaf), letzteres bes. wenn l. Coronaria verengt u. dadurch hochgradige Insuffizienz der l. Kammer. Im Anfang Puls meist beschleunigt, später auch verlangsamt, unregelmässig. Anfallsweises Herzklopfen; dabei ev. Pulsation im 2. u. 3. Interkostalraum neben dem Brustbein. Da oft zugleich Anfang der Aorta sklerosiert, auch systolische Geräusche über der Aorta, akzentuierter, ev. klingender 2. Aortenton (im Gegensatz zum kleinen schwachen Puls) u. a. Zeichen von Aorten-Insuffizienz u. -Stenose (nach O. Rosenbach insbes. kurzes hauchendes diastolisches Geräusch am Aortenostium nicht selten). Anfälle von Lungenödem. Hochgradige Ernährungsstörung. Zuletzt enorme Herzdilatation. Ödeme selten. **Diff.-Diagnose** s. Angina pectoris, Asthma cardiale. **Prognose:** Bei leichten Anfällen von Angina u. Herzasthma wie bei chron. Herzmuskelinsuffizienz. In schweren Fällen sehr schlecht; oft Tod im Anfall (Thrombose, Embolie, Ruptur eines Atheromherdes usw.). Zunehmendes Schwächerwerden des 2. Aortentons bei normalem 1. Ton u. normalem Puls signum mali ominis (O. Rosenbach). **Therapie:** Ausschalten aller den Arterien- druck steigernder Momente. Mässige Gymnastik, Atemübungen. Stuhlregulierung. Im Beginn prolongierte lauwarne Bäder. Bei leichten Anfällen Aether. sulfur. 20 Tr. bis 1 Kaffeelöffel; Rp. Tinct. Valerian. aether., Tinct. Digitalis aa, 20—30 Tr. Bei schweren Anfällen vor allem Morphium, ev. auch Rp. 55, 57, 58. Digitalis nur bei Dilatation u. Pulsbeschleunigung. Im übrigen cf. Arteriosklerose, Angina pectoris, Asthma cardiale, chron. Herzmuskelinsuffizienz. Guttman.

**Cowperitis.** **Sympt.:** Bei akuter, selten chron. Gonorrhoe entsteht druckempfindlicher Knoten zwischen Anus u. Scrotum neben Mittellinie meist einseitig. Während Ausfluss aufhört, wird Urinieren u. Defäkation schmerzhaft; bei rectaler Untersuchung ein durch Furche von der Prostata getrennter Knoten fühlbar. **Therapie:** Eis auf den Damm. Bei Zeichen der Vereiterung Incision, um dem Durchbruch nach der Urethra vorzubeugen. M. Joseph.

**Coxa vara.** Verbiegung des Schenkelhalses durch Verkleinerung des Ansatzwinkels zwischen Schaft u. Hals, gleichzeitig Drehung des Schenkelhalses um eine vertikale Achse, also winklige Verbiegung des Schenkelhalses nach vorne. **Ätiol.:** Trauma (Infractionen, Frakturen des Schenkelhalses, Epiphysenlösung am Kopf). Statisch im jugendlichen Alter, wie Genu valgum. Auch nach entzündlichen Prozessen (Tuberkulose, Osteomyelitis). Häufiger bei Rachitis bzw. Osteomalacie.

Sehr selten kongenital. **Sympt.:** Abnormer Hochstand des Trochanter. Verbindungslinie mit Spina iliaca ant. sup. schneidet verlängerte Mittellinie unterhalb des Nabels. Aussenrotation u. bei einseitiger Form Verkürzung des Beines. Bewegungen schmerzlos, nur in bestimmten Stadien der statischen Form schmerzhaft. Bei der traumatischen Coxa adducta (meist einseitig) nur der Winkel verkleinert; hier, wie auch bei den durch Tuberkulose usw. verursachten Formen, Beugung des Oberschenkels normal, dagegen Auswärtsrotation etwas, Abduction stark behindert. Bei der gewöhnlich doppelseitigen, rachitischen C. v. im engeren Sinne, wie auch bei den statischen Formen, ist namentlich Abduction u. Auswärtsrotation beschränkt. Bei einseitiger Form schmerzloses Hinken, Steifhalten des Beines; bei doppelseitiger stärkeres Hinken, indem Becken sich um eine vertikale Achse hin u. her bewegt. **Diff.-Diagnose:** Luxatio\* coxae congenita. Coxitis\*. Röntgenbild! **Therapie:** Nur beim ersten Beginn der Deviation bzw. bei Verdacht auf dieselbe nach Trauma orthopädische Massnahmen (Extension, Schienen, Gymnastik usw.) aussichtsvoll. Bei ausgesprochener Coxa vara nur Operation (Resektion, besser Osteotomia subtrochanterica) von Nutzen. Erfolge leidlich befriedigend.

Leser.

**Coxitis.** Jede Form einer Gelenkentzündung im Hüftgelenk möglich; am häufigsten Tuberkulose, seltener metastatische Prozesse wie Osteomyelitis, Gonorrhoe, Typhus usw. **Sympt.:** Beginn mit Beschränkung der normalen Bewegungsfähigkeit, zunächst aktiv, dann passiv (cf. Arthritis). Spontane Schmerzen gewöhnlich, aber wechselnd. Bei Stoss auf den Fuss deutlicher Schmerz im Gelenk. Schwellung u. Erguss selten früh nachweisbar. Charakteristisch dagegen typische, abnorme Stellungen des Oberschenkels zum Becken. Untersuchung auf glattem, ebenem Lager. 1. Stadium: Abduction u. Aussenrotation des Femur bei geringer Flexion, infolgedessen scheinbare Verlängerung des Beines. 2. Stadium: Adduction u. Innenrotation des Femur bei stärkerer Flexion, infolgedessen scheinbare Verkürzung des Beines. Bei starker Zerstörung des Gelenkes öfters Subluxations- oder Luxationsstellung, erhebliche Verkürzung des Beines u., je nach Charakter bzw. Ursache der Luxation, abnorme Fixation oder Beweglichkeit. Erguss im Gelenk durch Prüfung auf Fluktuation vorne dicht neben den grossen Gefässen nachweisbar. Nicht selten im Verlauf Abscessbildungen, die nach Perforation der Kapsel bestimmte Wege gehen; als Adductorenabscess an Innenseite des Oberschenkels nahe Poupartschem Bande, als Extensoren-Abscess an Aussenseite des Gelenks, oft unter Tensor fasciae latae; seltener als Beckenabscess im Becken, entweder

nach Zerstörung der Pfanne direkt im Becken oder an der Vorderfläche des Gelenkes unter Poupart'schem Bande in die Höhe gestiegen; nur ausnahmsweise weitere Senkung dieser Abscesse (z. B. zur Kniekehle usw.). Schliesslich stets mehr oder weniger Bewegungsbeschränkung. **Diff.-Diagnose:** Bei Coxa vara schmerzloses Hinken, Auswärtsrotation des Beines, trotzdem Verkürzung; abnormer Trochanterhochstand. Bei Coxitis incipiens schmerzhaftes Hinken, scheinbare Verlängerung des Beines; schmerzhaftes Bewegungsbehinderung. Flexionscontractur. **Therapie:** Leitendes Prinzip, das Gelenk in möglichst brauchbarer Stellung auszuheilen, d. h. in gestreckter, leicht abduzierter Stellung, weil ev. auch bei Ankylose beste Gehfähigkeit. Fixation des Gelenks in dieser Stellung durch Heftpflasterextension oder Gipsverband. Der Verband kann 6—12 Wochen liegen ev. erneuern, bis Schmerzen u. Contractur beseitigt oder bis operative Massnahmen nötig. Bei stärkeren Schmerzen Priessnitzumschläge oder Alkoholverbände bzw. Jodpinselungen. Bei unzweifelhafter Tuberkulose Behandlung wie bei Gelenktuberkulose\*. Zur Nachbehandlung permanente Extension oder Gipsverband in genannter Stellung. Leser.

**Crotonölvergiftung.** **Sympt.:** Brennen in Mund u. Rachen. Salivation. Heftige Gastroenteritis (choleraartiger Brechdurchfall, blutige Stühle). Kalter Schweiss, Cyanose, Kollaps. **Therapie:** Magenspülung, Eiweiss, Milch, schleimige Getränke, Opium (Rp. 8a). Ev. Excitantien. Guttman.

### Croup und Pseudocroup.

**Ätiol.:** Diphtherie des Larynx, primär ohne Affektion des Rachens od. durch Fortschreiten vom Rachen auf den Kehlkopf.

**Sympt.:** Rauher, bellender Husten, Stimme heiser, später völlig tonlos. Stetig zunehmende Stenose; zuerst erschwertes Inspirium, dann immer lauterer sägendes In- u. Exspirium. Fieber in der Regel hoch, nicht typisch. Schliesslich Kohlensäureintoxikation, Erstickungstod.

**Ätiol.:** Katarrhalische Entzündung des Larynx durch Erkältung od. Ansteckung. Meist nach Schnupfen.

**Sympt.:** Rauher, bellender Husten, Stimme belegt, beides jedoch nicht völlig klanglos. Stenose meist nur beim Inspirium. Auftreten fallsweise, bes. nachts. Nachlassen der Erscheinungen u. Lockerwerden des Hustens meist schon nach wenigen Stunden. Fieber in der Regel nicht hoch. Ablauf günstig in wenigen Tagen.



**Komplik.:** Herabsteigen des diphth. Prozesses auf Trachea u. Bronchien, Bronchopneumonien, Lungenemphysem, Herzlähmung.

**Diff.-Diagnose:** Diphther. C. kommt plötzlich ohne alle Vorboten, Stenose nimmt von Stunde zu Stunde zu. Husten stets rauh u. bellend, Stimme tonlos.

**Therapie:** Sofort Injektion v. 3000 I-E. Diphtherie-Heilserum. Schweisstreibende Einwickelung. Örtlich heissnasse Schwämme auf den Kehlkopf, ev. Blutentziehung (Blutegel). Durch Spray ist Luft feucht zu halten. Bei Erstickungsgefahr Tracheotomie od. Intubation.

**Komplik.:** Bronchitis u. Bronchitis capillaris.

**Diff.-Diagnose:** P. schliesst sich an Schnupfen an, tritt anfallsweise auf, zeigt in den Pausen Besserung, bzw. Nachlass aller Erscheinungen.

**Therapie:** Anregung der Diaphorese durch warme Getränke. Heissnasse Schwämme auf die vordere Halsgegend. Dampfspray. Innerlich:

Rp. Codein phosphor. 0,02, Sir.  
Alth. ad 50,0, S. 3 stdl. ½  
—1 Teelöffel.

Hasenknopf.

**Cystenniere.** Seltener Solitärzysten von gewaltiger Grösse, einseitig vorkommend, als doppelseitige, kleincystische Degeneration. **Ätiol.:** Anlage angeboren oder nach Virchow Atresie der Harnkanälchen u. Glomeruli auf nephritischer Basis. **Sympt.:** Wie bei anderen grossen Bauchgeschwülsten; dazu Albuminurie, Hämaturie. Kleine Tumoren symptomlos oder unter dem Bilde chronischer Urämie. **Diff.-Diagnose:** Andere cystische Tumoren, bes. Ovarialtumoren (cf. Unterleibsgeschwülste). Vor Operation genaueste Funktionsprüfung beider Nieren durch Ureterkatheterismus! **Therapie:** Nur bei Solitärzysten Exstirpation. Kleincystische Degeneration wegen der häufigen Doppelseitigkeit nur in Ausnahmefällen operabel.

Kaposi.

**Cysticerken.** Beim Menschen nur *Cysticercus cellulosae*, Finne von *Taenia solium*. Kleine hanfkorn- bis bohngrossen Bläschen mit eingestülptem Bandwurmkopf (Scolex). Entwickeln sich aus Bandwurmeiern, die mit Speisen usw. oder durch Antiperistaltik aus dem Darm in den Magen gelangen. Verschleppung durch den Blut- oder Lymphstrom. Hauptsächlich im Unterhautzellgewebe (wo sie kleine, ev. zahlreiche, schmerzlose Tumoren bilden), Auge u. Gehirn. Guttman.

**C. im Auge.** Kommen vor subconjunctival (buckelförmige Abhebungen der Conj.), frei im Glaskörper oder subretinal (Diagnose mit Augenspiegel aus den Bewegungen der Blase

u. Feststellung des Cysticerkenkopfes), in der Orbita (Protrusio bulbi). **Therapie:** Extirpation aus Conjunctiva u. Orbita. Extraktion aus Glaskörper oder subretinalem Raume nach Eröffnung des Bulbus mittels Meridionalschnitt. Schieck.

**C. im Gehirn.** Meist zahlreiche Blasen an der Oberfläche u. längs der Gefässe, die Blutungen, Erweichungen, Thrombosen machen können. Bisweilen Verzweigung in zahlreiche Tochterblasen (*C. racemosus*). **Sympt.:** Sehr unbeständig, je nach Lokalisation verschieden; Drucksymptome (cf. Apoplexie). Bisweilen Bild einer (fibrösen) Meningitis. Häufig Konvulsionen, psychische Störungen, Zuckungen in den Halsmuskeln. **Diagnose:** Nur bei gleichzeitigem Vorhandensein von Haut- bzw. Augen-C. möglich. **Therapie:** Selten möglich; Operation. S. Schoenborn.

**Cystitis.** Akute oder chronische Entzündung der Harnblase. **Ätiol.:** Meist d. Infektion beim unsauberen Katheterisieren oder von Nachbarorganen her verursacht. **Sympt.:** Heftiger, nach kurzen Pausen wiederkehrender Harndrang; beim Urinlassen heftige Schmerzen, bes. zum Schluss der Entleerung; Schmerzen öfters in die Harnröhre projiziert. Fieber nicht konstant. Zuweilen krampfartige Contractionen der Blase nach dem Wasserlassen. Je nach Art der Entzündung Urin verschieden; immer ist er trübe durch Beimengung von Eiterzellen, oft auch von Blut (ev. nur mikroskopisch). Reaktion gewöhnlich alkalisch, bei starker Zersetzung ammoniakalisch (Pissoirgeruch). Bei der seltenen croupösen C. zeigt Innenwand der Blase fibrinösen Belag unter Schwellung u. Rötung der Schleimhaut. Diphtheritische C. ausgezeichnet durch tiefgehende Zerstörungen der Mucosa unter gleichzeitiger starker Fibrinabsonderung. Bildung von schmutzig gelbgrauen Geschwüren, infolge von Abstossung gangränöser Schleimhautfetzen (gangränöse C.). **Therapie:** Bettruhe, wärmende Umschläge auf untere Bauchgegend. Innerlich reizlose Diät, kein Alkohol; Salicylsäure (4,0—6,0 pro die), Helmitol bzw. Urotropin (1,0 pro dosi) oder Vesipyryn (2,0 pro die); auch Balsamica (Copaiva-, Perubalsam, tägl. 6—9 Kapseln), Decoct. Fol. uvae ursi 10 : 200, 3 × tgl. 1 Essl., ev. Narkotica (Rp. 131, 146). Gleichzeitig behufs Spülung der Blase sehr vieles Trinken abgekochten Wassers mit etwas Teezusatz bzw. von Fachinger oder Wildunger Brunnen (3—5 l pro Tag). Nach akutem Stadium regelmässige Blasenspülungen mit sterilem Wasser oder Borsäure-Lösung (2—3 %), bei Blutbeimengung mit Argentum nitricumlösung (1‰—1‰). Hierbei absolut sichere Asepsis des Katheters unerlässlich! Heilung um so schwieriger, je länger C. besteht; also von Anfang an sorgsame Behandlung! Cf. Blasen tuberkulose.

Leser.

**Dämmerzustände.** *Ätiol.:* Mit oder ohne auslösende Ursache bei Epilepsie, Hysterie, schwerer degenerativer Veranlagung; ferner meist auf prädisponiertem Boden (Degeneration, Hysterie) ausgelöst durch akute Alkoholvergiftung (pathologischer Rausch, cf. Alkoholpsychosen), Trauma, Schmerzen (Neuralgien, Migräne, Geburtswehen), plötzliche affektive Erregung, in der Schlaftrunkenheit, bei schreckhaften Träumen, infolge von Hypnose. *Sympt.:* Zeitlich umschriebene Bewusstseinsveränderung von verschiedener Dauer u. verschiedenen Symptomen. Den meisten gemeinsam: gelegentlich planloses Weglaufen oder Wegreisen („Fugues“, „Poriomanie“), häufig (aber nicht immer) nach Ablauf des Dämmerzustandes Erinnerungslücken (retrograde Amnesie), oft allmählich wieder sich aufhellend.

a) **Epileptische D.** Häufig vor, nach oder an Stelle eines Krampfanfalles. Oft ängstlicher Affektzustand, schreckhafte Halluzinationen, gestörte Orientierung, Hemmung oder Lockerung des Vorstellungsablaufes, impulsive, sinnlose, ungeordnete, triebartige Handlungen (Gewalttaten, Selbstmordversuche, Schamverletzungen, sexuelle Attentate). Körperlich gelegentlich Sprachstörung, herabgesetzte Reflexe, selten Pupillenträgheit oder Starre. Für Diagnose wichtig Narben- u. Zungenbisse.

b) **Hysterische D.** Wie bei a). Ausserdem weniger plötzliches Einsetzen u. allmähliches Abklingen, häufig im Anschluss an äussere affektbetonte Ereignisse. Mannigfaltige Affekte, phantastische, szenenhafte Halluzinationen, romanhafte Wahnideen, oft suggestiv beeinflussbar, pathetische, theatralische Handlungen. Körperlich gelegentlich hysterische Stigmata u. gestörte Pupillenreaktion. Cf. Hysterie.

c) **D. der Degenerierten.** Feststellung der äusseren Ursache als auslösendes Moment. Oft durch starken Affekt eingeleitet u. von diesem weiter beherrscht. Sinnlose, unüberlegte, unsoziale Handlungen.

d) **Im Schlaf auftretende D.** Vorausgegangene starke Erschöpfung, ferner öfters im Pubertätsalter. Langsames Erwachen, mangelhafte Orientierung, Angst, Traumreaktionen, Sprechen, ängstliches Aufschreien, Umhergehen, Ausführen von allerlei ungeordneten oder automatischen Bewegungen, Wiedereinschlafen (Schlaftrunkenheit, Traumwachen, Pavor nocturnus der Kinder, Schlafsprechen, Schläfwandeln).

**Therapie:** Bei a) u. b) sofortige Bettruhe, gute Überwachung; bei längerer Dauer oder häufiger Wiederkehr Anstaltsbehandlung. Coupierung des ausgebildeten epileptischen D. durch Bromkali nicht möglich, eher Chloralhydrat (bis 3,0), Veronal (bis 1,5), Darmeingiessungen. Bei hysterischen Dämmerzuständen energische psychische Behandlung, keine Hypnose.

Prophylaktisch bei Epileptikern gute Überwachung nach Anfällen, energische Darmbehandlung u. Narkotica (Rp. 139—142). Cf. Hysterie, Epilepsie. Bei Kindern: Eingeweidewürmer, Nasenerkrankungen u. ähnliche Reizquellen beseitigen. Alkohol u. Kaffee bes. abends vermeiden; zeitiges Abendessen; regelmässige Stuhlentleerung. Wegen der forensischen Bedeutung der Dämmerzustände: genaues Feststellen der Symptome, der Dauer (Beginn u. Ende), des Verlaufs, der retrograden Amnesie.

L. W. Weber.

**Dakryocystoblennorrhoe.** *Ätiol.:* Eindringen von Infektionserregern absteigend vom Conjunctivalsak, aufsteigend von der Nasenschleimhaut. Übergreifen von peritostitischen u. cariösen Prozessen am inneren unteren Umfange der Orbita. *Sympt.:* Tränenträufeln, Conjunctivitis. Bei Druck auf Gegend des Tränensackes entleert sich aus den Tränenpunktschen schleimig eitrig Flüssigkeit, vermengt mit Tränen, in den Conjunctivalsack. Bei starker Ektasie des Tränensackes ist dieser als eine unter der Haut unterhalb u. nasal von der Carunkel vortretende Geschwulst sichtbar. *Komplik.:* Tränensackphlegmone; Haut über der Tränensackgegend gerötet u. geschwollen, angrenzende Teile des Lides ebenfalls. Tränensackfistel. Ulcus corneae serpens. *Therapie:* Exstirpatio sacci lacrymalis bei Dakryocystoblennorrhoe; Inzision bei Tränensackphlegmone, darauf warme Umschläge. Exstirpation des Tränensackes mit Schluss der Fistel bei Tränensackfistel. Ausspritzen u. Sondieren nur von vorübergehender Wirkung.

Schieck.

**Dammrisse.** Bei Geburt entstehend, mit Erhaltung oder Zerreiſsung des Sphincters (inkompletter bzw. kompletter D.); selten Ruptur des Dammes zw. Frenulum u. Anus (sog. Zentralruptur). *Ätiol.:* Geringe Dehnbarkeit (Ödeme; sehr junge, sehr alte Erstgebärende); stürmischer Durchtritt der Frucht (Zange!); fehlerhafter Austrittsmechanismus; hoher Damm bei geringer Beckenneigung. *Sympt.:* Bei grösseren D. meist auch Zerreiſsungen der Scheide (gewöhnlich seitwärts der Columna rugarum post.; oft doppelseitig), der Fascie u. des Beckenbodens. Bei komplettem D. (mitunter verbunden mit grösserer Durchtrennung der vorderen Rectalwand). Incontinentia alvi et flatus. Blutung meist gering. Bei veralteten Dammrisen Endometritis, Prolapsus vaginae et uteri, Retroflexio uteri. *Komplik.:* Blutung aus Riss seitwärts der Klitoris, der nach beckenerweiternden Operationen in die Harnblase perforieren kann. Infektion. Rectovaginalfistel. *Diagnose:* Inspektion auf Querbett; Prüfung des Sphincters durch Einführung des Condoimbekleideten Fingers. *Therapie:* Propy-

laktisch Dammschutz, der Verzögerung des Kindaustrittes, Unterstützung des Damms, richtigen Geburtsmechanismus anzustreben hat. Bei sprödem Damm Scheidendammincision 1—2 cm von der Mittellinie gegen das Tuber ischii (Episiotomie). Prinzipiell Nahtvereinigung der Risse über 1½ cm (am besten sofort nach Placentarausstossung) nach genauer Adaptation der Wundflächen mit sorglichster Vermeidung toter Räume (Querbett! nicht Seitenlage); Knoten erst nach Applikation sämtlicher Fäden einer Wundfläche. Bei inkomplettem D. vereinige man zunächst Vaginalrohr, dann durch Catgut-Knopfnähte Fascie, Beckenbodenmuskulatur u. Haut (bei Centralruptur nach Spaltung der Gewebsbrücke). Bei kompletten D. Vereinigung der Darmwandränder durch Catgutknopfnähte, welche Schleimhaut nicht mitfassen sowie des Sphincter ani; im übrigen wie oben. Nachbehandlung: bei Stuhldrang in den ersten Tagen kleine Opiumdosen; dünnes Darmrohr. Die Rhomboidform annehmende Episiotomiewunde ist in ursprünglicher Lage der Gewebsteile zu nähen. Bei Ausbleiben der prima reunio Sekundärnaht (nach Abkratzen der Granulationen bei inkomplettem Riss nach ca. 14 Tagen, bei komplettem Riss nach 10—12 Wochen. Verfahren nach Lawson-Tait.

Kayser.

**Dariersche Krankheit.** *Sympt.:* An Talgdrüsenmündungen dunkelbraune, hornähnliche Hervorragungen, bes. an behaartem Kopfe, Sternalgegend, Crena ani, Scrotum, Achselhöhlen, Leistengegend. Nach Abkratzen der schmutzig gelben Knötchen findet man leicht zerreiblichen, in die trichterförmige Einsenkung passenden Zapfen. In den papillomatösen Vegetationen runde Körperchen, nach Darier Krankheitserreger aus der Klasse der Sporozoen, Psorospermien („Psorospermiosis follicularis vegetans“); wahrsch. aber nur Zelldegenerationen. Vorkommen der gleichen Erkrankung bei Eltern u. Kindern. *Therapie:* Oberflächliche Verätzung mit dem Thermokauter oder 10% Pyrogallol- bzw. β-Naphthol-Salbe; auch Röntgenstrahlen.

M. Joseph.

**Darmblutung.** *Ätiol.:* Ulcus duodeni\*, Typhus\* (T. ambulatorius!), Darmtuberkulose\*, -Carcinom\*, Dysenterie\*, Sepsis\*, Embolie resp. Thrombose der Darmgefäße u. Pfortader. Invagination\* usw., Lebercirrhose\*; selten bei akuten Exanthemen\*. *Sympt.:* Bei starkem Blutverlust die der „inneren Blutung“\*. Stuhlgang teerartig gefärbt; nur bei stärksten u. tiefsitzenden Blutungen unverändertes Blut. Geringe Blutbeimengungen nur chemisch resp. mikrochemisch nachweisbar (Webersche Probe, Teichmannsche Häminkristalle). *Diff.-Diagnose:* Cf. oben genannte Erkrankungen, Hämorrhoiden, Ulcus ventriculi. *Therapie:* Cf. innere Blutungen\*.

Absolute Ruhe. Anfangs völliges Verbot von Nahrung u. Getränken; als Flüssigkeitszufuhr ev. subcutane Kochsalzinfusionen (kleine Mengen!). In schweren Fällen Adrenalin intravenös (1‰, 1 ccm 1 bis mehrmals) oder Gelatine (Rp. 108). Serum (im Notfall Diphtherieserum) subcutan. Analeptica bei Herzschwäche; Autotransfusion. Vorsichtige Einleitung der Ernährung. Ev. chirurgisches Eingreifen nötig. Beuttenmüller.

**Darmgeschwüre.** *Ätiol.:* Typhus\*, Dysenterie\*, Tuberkulose\*, Ulcus duodeni\*, Erkrankungen der Darmgefäße, Neubildungen, Aktinomykose, Lues. *Sympt.:* Katarrhalische Erscheinungen (Diarrhöen), Beimengungen von Blut u. Eiter, umschriebene Schmerzhaftigkeit, ev. Stenosenerscheinungen. *Diff.-Diagnose:* Sonstige Symptome der Grundkrankheit (s. d.). Lues am häufigstem im Rectum (trichterförmige Stenose, Proctitis, Tenesmus). Carcinom ebenfalls mit Vorliebe im Rectum. Aktinomykose, meist am Coecum, kann chronische Appendicitis vortäuschen. *Prognose:* Die der Grundkrankheit. *Therapie:* Soweit nicht chirurgisch, symptomatisch (reizlose Kost; Sorge für leichten Stuhlgang; ev. Lokalbehandlung mit Tannineinläufen usw.); bei Lues spezifisch. Beuttenmüller.

**Darminvagination der Kinder.** 85% der Fälle bei Säuglingen. *Ätiol.:* Erschlaffung des Darmes, unregelmässige Peristaltik. Katarrhe des Dickdarms, Obstipation. Ileocöcale Intussusception am häufigsten. *Sympt.:* Einige Tage Appetitlosigkeit u. schlechte Stühle, dann plötzlich heftige, anfallsweise Schmerzen im Unterleib, Erbrechen u. blutig-schleimige, oft teerartige Entleerungen. Auftreibung des Leibes. Nach 3 bis 4 Tagen lässt diese nach u. man fühlt ev. wurstförmige Geschwulst links (I. ileocaecalis) oder rechts (I. ileocolica) vom Nabel. Bei tiefem Sitz erstere auch vom Rectum aus fühlbar. Starke Prostration (Facies abdominalis). Tod unter Verfall u. sepsisartigen Erscheinungen. *Diff.-Diagnose:* Bei Appendicitis keine blutigen Stühle, Geschwulst weniger scharf begrenzt als die zumeist auch tiefer sitzende bei I. ileocolica. Bei Dysenterie fehlen Tumor u. schwere Allgemeinerscheinungen, dagegen Eiter im Stuhl u. Fieber. *Therapie:* Keine Abführmittel! Einläufe von 1 l lauwarmem Wasser aus  $\frac{3}{4}$  m Höhe bei hochgelagertem Becken od. Lufteinblasungen mit einem T-Rohr, dessen eine Öffnung mit dem Darmrohr, dessen andere mit einem Gummigebläse versehen wird, während die dritte einen mit einem Quetschhahn verschlossenen Gummischlauch trägt; dieser reguliert die Spannung. Ist die Ausstülpung gelungen, so tritt bald fäkulenter Stuhl auf; zunächst jedoch noch Ruhigstellung des Darmes durch kleine Dosen Opium empfehlenswert. Nach 2—3 vergeblichen Versuchen Laparotomie.

Bei der chronisch verlaufenden Invagination fehlen prägnante Symptome, insbes. ist Verschluss des Darmes nicht vollkommen, so dass noch Stuhl abgeht. Dauer über Wochen u. Monate. Tod schliesslich an Erschöpfung. Hasenknopf.

**Darmkrebs.** *Sympt.:* Meist bei älteren Leuten, doch auch in jungen Jahren nicht ausgeschlossen. Beginn gewöhnlich schleichend mit Appetitlosigkeit, Übelkeit, kolikartigen Leibschmerzen, Stuhlbeschwerden (abwechselnd Verstopfung u. heftigen Diarrhöen), Abmagerung. Im Stuhl manchmal Blut, ev. sehr viel. Zuweilen ganz plötzlicher Beginn mit absoluter Verstopfung u. ihren Folgen (alarmierendes Symptom). Nicht immer (beweglicher oder fixierter) Tumor fühlbar; hin u. wieder während einer Kolik die oberhalb gelegenen geblähten Darmschlingen sichtbar. Lieblingssitz ist Dickdarm (Flexura sigmoidea, Coecum u. Anfang des Colon ascendens, am häufigsten Mastdarm), sehr selten Dünndarm. Jeden Kranken mit anhaltenden Darmbeschwerden grundsätzlich auf Carcinom untersuchen (nicht nur Bauchpalpation, auch Digitaluntersuchung des Mastdarmes!). Nie sich mit Diagnose „Hämorrhoidalerkrankung“ beruhigen; denn je früher Diagnose u. Therapie, desto besser Prognose. *Therapie:* Wenn Ausrottung möglich, dann bei Ca. des Dünndarmes, Coecums u. der Flexur nach Laparotomie Resektion des kranken Darmstücks, zirkuläre Naht der Darmlumina. Bei Ca. des Mastdarms, je nach Sitz, entweder Vorgehen vom Anus aus, oder Freilegung der Geschwulst von hinten am Kreuzbein entlang bzw. mit Hilfe des hinteren Rectalschnittes; Amputatio bzw. Resectio recti. Wenn radikale Exstirpation nicht mehr möglich (bei Metastasen in Peritoneum, Lymphdrüsen, anderen Organen) dann palliativ Anus praeternaturalis oberhalb des Tumors zur Ableitung des Kotes oder Ausschaltung des Tumors durch Verbindung des peripheren mit zentralem Darm (Anastomosenbildung). Kräftige Ernährung. Symptomatische Behandlung der Verstopfung u. Diarrhoe. *Prognose* bei frühzeitiger Operation keineswegs schlecht; Dauerheilungen in 10—20%. — Cf. Mastdarmstrikturen. Leser.

**Darmneurosen.** Selten rein, meist mit leichten katarrhischen Symptomen kombiniert. Nervöse Diarrhoe ist eine Steigerung der schon beim Gesunden durch Affekte (Angst) beeinflussbaren Darmperistaltik; ferner Diarrhoe bei Morbus Basedow. Auch bei chronischer Obstipation häufig nervöses Moment sehr wesentlich (cf. Myxoneurosis intestinalis). Im Zusammenhang mit hysterischer Aërophagie häufig nervöser Meteorismus. Bei enteroptotischen, speziell älteren Frauen nicht selten abnorm laute, vielleicht durch heftige Peristaltik erzeugte Darmgeräusche (Borborygmi). Darmkrisen s. Tabes dorsalis\*.

Nervöse Darmlähmung bei Spinalaffektionen. Cf. Ileus paralyticus. **Diff.-Diagnose:** Ausschluss jeder organischen Erkrankung (Stuhluntersuchung; Schleimgehalt der Faeces weist auf Katarrh). **Therapie:** Mehr allgemein als lokal.

Beuttenmüller.

**Darmperforation.** **Ätiol.:** Darmgangrän, z. B. bei Hernia\* incarcerata. Darmgeschwüre\*; Darmkrebs; hier D. gewöhnlich oberhalb des Tumors. (Dilatation des Darms durch gestaute Faeces u. Schwächung [chemisch] der Darmwand durch Zersetzung der Faeces.) Verletzungen (Stich-, Schusswunden, auch rel. leichte Bauchquetschungen, Stoss usw., dann wahrscheinlich vorher Ulcus). Cf. Bauchverletzungen. **Sympt.:** Bei geschwürigen Prozessen infolge von Serosaverwachsung Perforation nach aussen durch Bauchdecken möglich (Kotabscess). Beim Fehlen der Verwachsungen u. bei Verletzungen Perforation in freie Bauchhöhle mit unmittelbar folgender akuter Peritonitis\*, deren Symptome auftreten. **Therapie:** Bei Verletzungsperforation grundsätzlich sofortige Laparotomie, nach Morphiuminjektion (0,01—0,02) Aufsuchen der Darmwunden (oft schwierig) u. Naht; cf. Bauchverletzungen. Bei D. bei Geschwüren, Quetschungen ebenfalls ohne Zögern Laparotomie u. Resektion des kranken Darmstückes mit folgender zirkulärer Naht; oder bei momentan zu schlechtem Allgemeinzustand (Kollaps, Puls) Anus praeternaturalis oberhalb der Perforationsstelle; später ev. Resektion bezw. Anastomosenbildung. Leser.

**Darmtuberkulose.** **Ätiol.:** Meist sekundär durch verschlucktes Sputum; gewöhnlich gleichzeitig Peritonealtuberkulose. **Sympt.:** Hartnäckige Durchfälle, seltener Abgang von Blut u. Eiter. Schmerzen können völlig fehlen, aber auch lokal u. diffus vorhanden sein. Häufig Meteorismus. Nicht selten Bildung eines ileocöcalen Tumors mit Symptomen chron. Appendicitis. Manchmal auch Darmstenose. — Bei Kindern unter dem Bild der Tabes mesaraica: Anämie, Abmagerung, hektisches Fieber, Meteorismus, Leberschwellung, palpable Drüsenumoren im Abdomen, Durchfälle. **Diff.-Diagnose:** Bei Erwachsenen Tuberkulose anderer Organe. Bacillennachweis wertlos. **Prognose:** Infaust. **Therapie:** Allgemeinbehandlung (cf. Lungentuberkulose). Antidiarrhoisch (cf. Diarrhoe). Priessnitz. Bei Ileocöcaltuberkulose chirurgisch.

Beuttenmüller.

**Decubitus.** Druckbrand. **Ätiol.:** Bei schwer Kranken, bes. Besinnungslosen u. Geisteskranken, an den am meisten dem Druck ausgesetzten Stellen. Bei schlecht gepolsterten Verbänden über den gedrückten Knochen (bes. Malleolen, Ferse, Tibia, Condylen). **Sympt.:** Erst leichte Rötung, dann Blau-



färbung, Ablösung der Haut in Blasen, nässende Dermatitis, dann Gangrän\*. **Komplik.:** Erysipel, Phlegmone. **Therapie:** Hauptsächlich Prophylaxe. Häufiger Lagewechsel, Wasser-, Luftkissen, fleissiges Waschen mit Alkohol, Kampfer, Franzbranntwein, Zitronensaft, Trocken- oder Zinksalbenverband, Dauerbäder, bes. bei Rückenmarkslähmungen Ung. contra decubitum, Perubalsam (Rp. 195), (keine feuchten Verbände). Gute Polsterung bei Gipsverbänden. **Kaposi.**

**Degeneratives Irresein.** **Ätiol.:** Erbliche psychische Belastung, konsumierende Krankheiten der Aszendenz; auf diesen Boden auslösende Momente. **Sympt.:** Zum Nachweis der Degeneration genügt nicht erbliche Belastung, auch nicht körperliche Entartungszeichen (Bildungsanomalien am Schädel, Gesicht, Ohren, Extremitäten), sondern es sind psychische Entartungszeichen erforderlich: Unharmonische geistige Entwicklung, schwankende Lebensführung, Überwiegen des Triebens, leichte affektive Erregbarkeit, Zwangszustände, Alkoholintoleranz, Auftreten von Tics, Idiosynkrasien, labiles seelisches Gleichgewicht, Mangel ethischer Vorstellungen u. ethischen Gefühls (cf. moralisches Irresein), Neigung zur unbewussten Lüge (mangelhafte Reproduktionstreue u. Pseudologia phantastica). Ein Degenerierter kein Geisteskranker! Auf diesem Boden a) vorübergehende psychische Störungen unter dem Einfluss von heftigen Affekten, Alkohol (cf. Dämmerzustände), b) kürzere u. länger dauernde Geistesstörungen wie Delirien, Angstpsychosen, katatone oder paranoische Zustandsbilder vom Charakter der genannten Psychosen, aber flüchtiger u. kürzer dauernd. **Diff.-Diagnose:** Gegenüber den nicht degenerativ bedingten Psychosen durch Anamnese u. Nachweis körperlicher u. psychischer Entartungszeichen. **Prognose:** Für den einmaligen Anfall meist günstig. Gefahr von Rezidiven. Seltener Übergang in chronische Psychose. **Therapie:** Bei ausgebrochenen Anfällen u. Psychosen Anstaltsaufnahme. Prophylaktisch bei degenerativ Veranlagten Erziehung! Regelung der Lebensführung, Vermeidung von Alkohol. In forensischer Beziehung Degeneration allein keine Geisteskrankheit; doch sind die Störungen unter a) u. b) gewöhnlich als Geisteskrankheit auch im Sinne des Strafgesetzbuches aufzufassen.

L. W. Weber.

**Delirien, allgemein.** **Ätiol.:** Im Beginn (Inkubations-Initialdelirien), auf der Höhe oder beim Abklingen u. in der Rekonvaleszenz (Deferveszenzdelirien) von Infektions- u. sonstigen fieberhaften Erkrankungen, bei Autointoxikationen (Urämie, Cholämie), bei akuter Herzschwäche, Blutverlust (Kollapsdelirien), bei chronischer Erschöpfung (Inanitionsdelirien), nach Kataraktoperation (Dunkelzimmerdelirien). **Sympt.:** Des-

orientierung, Verwirrtheit, traumhafter Bewusstseinszustand; in schweren Fällen Benommenheit, Sopor, Koma. Manchmal Angst, oft Ratlosigkeit. Lebhaftige Halluzinationen u. Illusionen auf allen Sinnesgebieten, stark wechselnd, Verkenning der Umgebung, zusammenhangloses Sprechen u. Handeln, Beschleunigung des Vorstellungsablaufes bis zur Ideenflucht, motorische Unruhe manchmal sich steigernd zur Agitation oder zu sinn- u. ziellosen Bewegungen (Flockenlesen, Jaktation). Gelegentlich motorische Reizerscheinungen (Zuckungen, Krämpfe), Ausfallserscheinungen, flüchtige Wahnideen. Häufig Erinnerungsdefekte für die Zeit des Deliriums. Verlauf u. Schwere der Bewusstseins-trübung unabhängig von der Höhe des Fiebers u. der Schwere der Infektion. Dauer abhängig von der Grunderkrankung. Erschöpfungsdelirien oft länger dauernd als Infektionsdelirien. **Ausgang:** Heilung oder Tod an der Grunderkrankung, selten Übergang in länger dauernde Psychose oder in Demenz. **Diff.-Diagnose:** Unterscheidung der einzelnen Formen u. ihrer Ätiologie lediglich aus den psychischen Symptomen nicht möglich. Ferner kommen in Betracht: Meningitis oder Hirntumoren im Beginn, länger dauernde Infektions- u. Erschöpfungspsychosen, Dämmerzustände bei Epilepsie u. Hysterie, Verwirrungszustände der Amentia, motorische Erregung bei mechanischen u. hebephrenen Erkrankungen. **Therapie:** Behandlung der Grunderkrankung. Bei Fieberdelirien Eisbeutel, Bäder, Abwaschungen, ev. Antipyretica (Rp. 37). Bei Kollaps Herzmittel (Rp. 47 ff.), Kaffee, Alkoholica. Bei Erschöpfungsdelirien Hebung der Ernährung, Nähreinläufe, Excitantien (Rp. 83 ff.). Bei Katarakt-delirien Entfernung aus dem Dunkelzimmer. In allen Fällen bei schwerer Benommenheit Kochsalzinfusion (0,6 % 300—500 ccm subcutan), reichliche Flüssigkeitszufuhr, Hebung der Diurese; bei Unruhe u. Erregung feuchte Packung, prolongierte warme Bäder (33—37° C, 2—4 stdl.), ev. Hypnotica (Rp. 109 ff.), auch rectal (cave Herzschwäche!). Gute Überwachung, bes. nachts, durch geschultes Personal, Sicherung der Fenster u. Türen. In schweren Fällen Krankenhaus oder Anstalt. — Cf. Delirium acutum, D. tremens.

L. W. Weber.

**Delirium acutum.** **Ätiol.:** Im Verlauf der verschiedensten akuten funktionellen u. organischen Psychosen (bes. Amentia, Mania gravis, Paralyse) durch Infektion, Autointoxikation oder Erschöpfung. **Sympt.:** Rapid eintretender Zustand von schwerer Verwirrtheit, motorischer Erregung (Jaktationen), Fieber u. körperlichem Verfall, Nahrungsverweigerung, trockene borkige Lippen, Foetor ex ore, zahlreiche kleine Verletzungen u. Infektionen der Haut. **Ausgang:** Fast immer in rapidem Verlauf u. schwerem Koma Tod. **Therapie:** Prophylaktisch sachgemässe Behandlung: bei frischer psychischer Erkrankung Bettruhe,

Beruhigungsbäder, gute Ernährung (ev. durch Sonde), Darmreinigung, längeres Isolieren vermeiden, Überführung in Anstalt. Bei ausgebrochenem D. acutum: gründliche Darmreinigung, künstliche Ernährung, Kochsalzinfusion, Excitantien (Rp. 83 ff.), Beruhigungsmittel (Rp. 109 ff.), insbes. Hyoscin bis 0,001.

L. W. Weber.

**Dementia, allgemein.** Erworbener Schwachsinn. *Ätiol.:* Organische Hirnerkrankungen (Paralyse, Arteriosklerose, Lues, Senium, Alkoholismus, Trauma), als Endstadium oder im Verlauf mancher Psychosen u. Neurosen (Dementia secundaria, hebephrenica, epileptica). *Sympt.:* Ausfälle auf allen Gebieten der geistigen Leistungsfähigkeit. Affektiv: geringe gemüthliche Erregbarkeit (Stumpfheit), bes. auch auf ethischem Gebiet, oder leichte Bestimmbarkeit der Affekte. Intellektuell: Mangelhafte Auffassung, erschwerte Aufmerksamkeit, häufig Gedächtnisdefekte (manchmal Verlust von älteren Erinnerungsbildern; häufiger Unfähigkeit, neu aufgenommene Eindrücke zu behalten (= Merkfähigkeit für Worte, Zahlen, Bilder, Gegenstände, Sätze); infolgedessen Verarmung an Vorstellungen (zu prüfen an Schul- u. Berufskenntnissen, allgemeinem Wissen, ethischen Vorstellungen, immer im Verhältnis zum früheren Besitz des Kranken, Bildungsgange, Alter, sozialem Milieu); mangelhafte produktive Verwertung des Vorstellungsbesitzes (Intelligenzprüfungen: Beschreiben u. definieren, Erkennen von Unterschieden, Sätze aus einzelnen Worten bilden, lückenhaften Text ergänzen, Erklären von Sprichwörtern, Erzählungen); daher Urtheilsschwäche in bezug auf allgemeine u. persönliche Verhältnisse, Krankheitszustand usw. Manchmal (D. epileptica; cf. Epilepsie) eigenartige Charakterveränderung. Daneben körperliche Zeichen der Grunderkrankung (bes. bei organischen Psychosen). *Diff.-Diagnose:* Angeborener Schwachsinn\* in höherem Alter; sog. Stuporzustände\* bei funktionellen Psychosen (primäre Hemmung der Assoziationen oder Verlangsamung durch Angst, Depression), assoziative Inkohärenz bei akuten Psychosen. *Prognose:* Durch das Grundleiden bestimmt, im ganzen ungünstig. Weitgehende Besserung bei Alkoholismus. *Therapie:* Grundleiden behandeln. Ev. Anstalt u. Entmündigung. In leichteren Fällen Regelung der Beschäftigung u. Landaufenthalt unter Aufsicht. Reizlose Diät, kein Alkohol u. Tabak. Regelung der Darmtätigkeit. Bei Erregungszuständen Brom u. Sedativa, bei Stupor Reinlichkeit.

L. W. Weber.

**Dementia paralytica.** *Ätiol.:* Metasyphilitische Erkrankung von Gehirn u. Rückenmark (Infiltration der Gefäße, Zerfall von Ganglienzellen u. Nervenfasern, Wucherung des Stützgewebes); besonders Schwund des Grosshirns, Degeneration

von Seiten- oder Hintersträngen. Meist zwischen 30. u. 50. Jahre, weil erst mehrere Jahre nach Infektion; doch in jedem Alter möglich (bei Kindern infolge hereditärer Lues). Hilfsmomente: Ererbte Disposition, Strapazen, Kopfverletzungen, Trunksucht, Gemütsregungen. *Sympt.*: Beginn meist allmählich, Neurasthenische Beschwerden, Depression, Schwindel, Ohnmachten, epileptiforme Krämpfe, passagere Lähmungen u. Aphasien. Dabei Gedächtnisabnahme, Verlust von Urteil, ethischen Empfindungen; Stumpfheit oder grosse Pläne. Somatisch charakteristisch: Trägheit bis Aufhebung der Pupillenlichtreaktion (Konvergenzreaktion meist erhalten), artikulatorische Sprachstörung (Silbenstolpern), Schreibstörung, Schwinden oder Steigerung des Kniephänomens; in Spinalflüssigkeit (Lumbalpunktion), Lymphocytose u. pathologisches Eiweiss (Trübung bei Zusatz gleicher Menge gesättigter neutraler Ammoniumsulfatlösung). Ausserdem oft vorhanden: Ungleichheit u. Entrundung der Pupillen, Facialislähmung, Opticusatrophie, Ataxie, Sensibilitätsstörungen, Arm- u. Beinpareesen, positive Wassermannsche Reaktion in Blut u. Spinalflüssigkeit, Blasenlähmung, Neigung zu trophischen Störungen (Decubitus). Psychisch: Kolossaler Grössenwahn oder stumpfe Euphorie, maniakalische u. hypochondrisch-depressive Erregungen, Stupor, deliriöse Verwirrtheit. Rascher Stimmungswechsel. Fortschreitende Ausbildung tiefsten Blödsinns bei körperlichem Siechtum. Dauer wenige Monate bis 10 Jahre; durchschnittlich 2—3 Jahre. Lange Remissionen möglich! Tod durch Krampfanfälle (Status paralyticus) oder interkurrente Erkrankung. Tritt Paralyse zu bestehender Tabes: Taboparalyse (längere Dauer). Setzen zuerst cerebrale Herderscheinungen ein, während Demenz später folgt: Atypische Paralyse (Lissauer). Führt akut ausbrechende Tobsucht rasch zum Tode: Galoppierende Paralyse. *Diff.-Diagnose*: Pseudoparalysen (bei Alkoholismus\*, Morphinismus\*, tuberkulöser Meningitis\*, Lues cerebrospinalis\*), arteriosklerotische\* u. traumatische Demenz, multiple Sklerose\*, Huntingtonsche Chorea chronica\*. Beginn leicht mit Neurasthenie\* verwechselt. Erstmalige maniakalische Erregung im mittleren Alter ist auf D. p. verdächtig. *Therapie*: In frischen Fällen Hg-Kur, vorsichtig beginnend mit 5 g pro die. Dazu Jodkali 6/200; 3 × tgl. 1 Essl. Ev. Salvarsan. Überwachung, Pflege, protrahierte warme Bäder. Sorge für regelmässigen Stuhl (Einlauf) u. Urin (Katheter). Häufiges Umlegen u. Abwaschen des Rückens mit Sublimatspiritus u. Einfetten gegen Wundliegen (Decubitus). Lagern auf Wasserkissen oder Moos. Narkotica (Rp. 113—118); cf. Amentia\*. Bei Status paralyticus Chloral- (Rp. 112) oder Paraldehydklystier (8,0—15,0). Bei Grössenwahn rechtzeitige Entmündigung! Bei Erregung, Angst, (Selbstmordgefahr), Ver-

kehrtheiten sofortige Aufnahme in geschlossene Anstalt. Bei weitgehendster Remission stets auf Rückfall gefasst bleiben.

Raecke.

**Dementia paranoides.** Unterform der Dementia praecox\*. *Sympt.:* Nach depressivem Beginn rasche Ausbildung unsinnig-abenteuerlichen Wahns (Verfolgung, Grösse). Halluzinationen u. Erinnerungsfälschungen. Bei erhaltener Besonnenheit kolossale Kritiklosigkeit. Stets Ausgang in schwachsinnige Verwirrtheit; doch Remissionen möglich. Raecke.

**Dementia praecox.** Sammelname für Hebephrenie\*, Katatonie\*, Dementia paranoides\*. *Ätiol.:* Beginn vorwiegend in Pubertät oder doch erster Lebenshälfte. Heredität ca. 70%. Exogene Ursachen von geringerer Bedeutung. Autointoxikation (?) vermutet. *Sympt.:* Orientierung u. Gedächtnis meist ungestört. Verlust von Interesse, Energie, Mitgefühl. Keine Übereinstimmung zwischen Verstandes-, Gemüts- u. Willensleistungen. Häufig Sinnestäuschungen u. Wahnideen, ohne Ausbildung logischen Systems. Geschraubte Manieren. Einsichtslosigkeit. Meist Ausgang in Verblödung. *Diff.-Diagnose:* Manie\* u. Melancholie\* (Affekt), Dementia paralytica\* (somatische Symptome), Paranoia chronica\* (erhaltene Logik), Amentia\* (exogene Ursachen, akuter Ausbruch, schwere Desorientierung). *Therapie:* Pflege, Überwachung. Narkotica (vd. Amentia). Im Beginn Regelung der Lebensweise; je nach Symptomen Massnahmen wie bei Hysterie oder Neurasthenie. Bei Erregungen Bettruhe, protrahierte warme Bäder, Packungen. Später Bekämpfung der Bettsucht, Gewöhnung an regelmässige mechanische Arbeit.

Raecke.

**Dementia senilis.** *Ätiol.:* Durch Altersschwund u. Unterernährung infolge Arteriosklerose Abnahme der Gehirnschubstanz. Meist im 7.—8. Lebensjahrzehnt, seltener im 5.—6. (Senium praecox; präsenile Dem.). Auslösend wirken Strapazen, Erregungen usw. *Sympt.:* Abnahme geistiger Regsamkeit, Gedächtnisschwäche, Abstumpfung ethischen u. ästhetischen Gefühls, misstrauischer Eigensinn. Einfaches Fortschreiten geistigen Zerfalls bis Verblödung oder episodisches Auftreten von Sinnestäuschungen, Wahnideen (meist der Beeinträchtigung), deliriöser Verwirrtheit, ängstlicher resp. heiterer Erregung. Gelegentlich abnorme Steigerung des Geschlechtstriebes (Sittlichkeitsdelikte an Kindern). Herrschen Merkfähigkeit u. Erinnerungstäuschungen vor, wie bei Korsakowscher\* Psychose, sagt man Presbyophrenie. *Prognose* ungünstig, doch Remissionen. *Diff.-Diagnose:* Psychosen ohne Intelligenzdefekt im Alter (Manie\*, Melancholie\*, Amentia\*), Spätkatatonie\*, Dementia paralytica\* (somatische Symptome!), Lues

cerebri, arteriosklerotische\* Demenz (Herderscheinungen durch Erweichungen im Vordergrund). **Therapie:** Pflege u. Überwachung. Schlafmittel bei nächtlicher Unruhe (Rp. 113—118).  
Raecke.

**Dermatitis exfoliativa neonatorum.** **Sympt.:** In zweiter Lebenswoche leichte, nicht scharf begrenzte Rötung im Bereiche der Mundspalte, Rhagaden an Mundwinkeln, Erytheme am ganzen Körper. Im Gesicht dann Borkenbildung, am Körper runzelt sich Epidermis, lässt sich in grossen Lappen abziehen. Mitunter danach schnelle Regeneration der Epidermis u. in fieberlosem Verlaufe Abheilung in etwa 2 Wochen. In 36—50 % aber Exitus infolge schlechten Ernährungszustandes, Ikterus, Beteiligung der Mundhöhle u. erschwerte Nahrungsaufnahme. Oft epidemisch; bei Müttern häufig puerperale Infektion. **Diff.-Diagnose:** Erysipel (Fieber!). **Therapie:** Kräftige Ernährung, 2× tgl. laues Bad (25° R). Einstäuben mit 1/2 % Lenicet-Silberpuder.  
M. Joseph.

**Dermatitis herpetiformis.** **Sympt.:** Proteusartig erscheinen schubweise, durch gesunde Intervalle getrennt, unter starkem Jucken erythematöse Plaques, kleine u. grössere getrennt oder in Haufen stehende Herpesbläschen bzw. grössere Blasen, abgeflachte oder spitze Pusteln mit rotem Hofe, Infiltrationen, Excoriationen verschiedenster Ausdehnung. Bevorzugt Ellbogengegend, Kniee u. Sakralregion. Gleich dem Pemphigus zeigen diese Blasen Erhebung über das Hautniveau um mehrere Millimeter u. mässig dicken Wall, ähnlich dem Pemphigus vegetans zuweilen, bes. in Achselhöhle u. an Genitalien stark vegetierende Formen. Verlauf äusserst chronisch, zu Rezidiven neigend, aber doch im Gegensatz zum Pemphigus gutartig. **Therapie:** Innerl. Arsen (Rp. 21 ff.); äusserl. 30 bis 50 % Tumenol-Ammonium-Salbe.  
M. Joseph.

**Dermatitis vacciniformis** (Hallopeau). **Sympt.:** Auf geröteter Basis kleine Papulo-Vesikeln, die sich schnell in der Mitte nabeln, das Aussehen von Vakzinepusteln annehmen u. sich durch Autoinokulation weiterverbreiten. Bevorzugt Kinder in den ersten Lebensmonaten, Genital- u. Analgegend; sekundär schwellen benachbarte Drüsen an. Rückbildung in kurzer Zeit mit pigmentierten Flecken ohne Narben. **Diff.-Diagnose:** Bei Syphilis gemischte Exantheme, Koryza. Beim Ekthyma terebrans tiefe Ulcerationen, schlechte Prognose. **Therapie:** Bei Sauberkeit, Pudern, Zinkvaseline schnelle Heilung.  
M. Joseph.

**Dermoide.** **Ätiol.:** Einsenkung u. Abschnürung des Ektoderms an fötalen Spalten. Daher Lieblingssitz Hals, Kopf, bes. Augewinkel, Sakralgegend, Nabel, Netz, Mesenterium

(cf. Ovarialtumoren). Erster Beginn in der Jugend. *Sympt.*: Langsames Wachstum. Halbkugelige bis kugelige Tumoren von normaler Haut bedeckt, die darüber verschieblich ist; in Knochen oft Gruben. Inhalt Dermoidbrei, Zähne, Haare. *Komplik.*: Zwerchsackdermoide an der Orbita; ein Teil aussen, ein zweiter in der Augen- oder Schädelhöhle. Fisteln nach Verletzung des Sackes mit dauernder Sekretabsonderung von Brei. Carcinome. *Diff.-Diagnose*: Atherome\*. Am Kopf Meningocelen. Am Hals Lymphdrüsen oder Cysten. *Therapie*: Operativ; die ganze Wand sorgfältig mitnehmen. Kaposi.

**Diabetes insipidus.** Polyurie infolge Unfähigkeit der Niere, einen konzentrierten Harn auszuscheiden. *Ätiol.*: Unbekannt; manchmal Erkrankungen des Zentralnervensystems, Lues; vielleicht auch hereditär. *Sympt.*: Ausscheidung grosser Harnmengen (ohne Zucker u. Eiweiss!), bis zu 12 l u. mehr pro Tag. Niederes spezifisches Gewicht (meist unter 1005); blasse Farbe. Heftiger Durst; trockene Haut. Manchmal allgemeine Schwäche. *Diff.-Diagnose*: Hysterische Polyurie (Inkonstanz!). Beginnende Schrumpfniere (Albumen, Sediment, Herzhypertrophie, Blutdruck!). *Prognose*: Heilung selten, quoad vitam nicht schlecht. *Therapie*: Gute Ernährung; kein Flüssigkeitsentzug; durststillende Getränke. Versuch mit kochsalzfreier Kost. Bei Luesverdacht spezifische Kur. Antipyrin (3 × tgl. 1,0) zu versuchen; Baldrianpräparate. Hautpflege.

Beutenmüller.

**Diabetes mellitus.** Fähigkeit des Organismus, Kohlehydrate zu verbrennen, dauernd herabgesetzt; Blutzuckermenge erhöht (normal ca. 0,1 %); unverwerteter Zucker wird im Harn ausgeschieden. *Ätiol.*: Sehr wichtig Heredität, neuropathische Disposition! ferner Affektionen des Zentralnervensystems, Gicht, Fettsucht; vielleicht auch langdauernder übermässiger Genuss von Kohlehydraten. Manchmal Zusammenhang mit Pankreasaffektion. Beginn hauptsächlich in höherem Alter, doch auch in der Jugend nicht selten. *Sympt.*: Traubenzucker im Harn, beständig oder nach Kohlehydratgenuss. In zweifelhaften Fällen Untersuchung 2—3 Stunden nach Probefrühstück von 100 g Weissbrot. Zuckernachweis mittelst Reduktion (Trommer, Nylander), Phenylhydrazinprobe, Gärung, Polarisation; quantitativ durch Polarisation, Gärung (Lohnsteinsches Gärungssaccharometer), Titration nach Fehling, Pavy-Sahli oder Ivar Bang. Zuckermengen sehr wechselnd, 2—3 g bis zu vielen 100 g pro Tag. Stets aus gesammeltem 24-stündigem Harn zu bestimmen u. als Tagesmenge zu berechnen (Kenntnis des Prozentgehaltes an sich wertlos). Harnmengen meist vermehrt (bis zu 10—12 l pro Tag); seltener normal (D. decipiens); spez. Gewicht

gewöhnlich erhöht. Meist gesteigerter Durst (Polydipsie) u. Hunger (Polyphagie); in schweren Fällen Abmagerung (Autophagie). Furunkulose, Pruritus, diabetische Gangrän, Neuralgien, Neuritiden usw. Oculäre Symptome: Katarakt, Retinitis. Potenzabnahme. Neigung zu Tuberkulose. In leichten Fällen verschwindet Zucker bei kohlehydratfreier Kost in wenigen Tagen, bei mittelschweren erst im Laufe mehrerer Wochen, in schweren überhaupt nicht; manchmal wird auch durch Eiweisszulage der Zucker vermehrt (Eiweissüberempfindlichkeit). Sobald Zuckerassimilation unter gewisse Grenze (ca. 70 g pro die) sinkt, treten Acetonkörper auf: Aceton (Legal- oder Liebensch Probe), Acetessigsäure (Gerhardsche Eisenchloridreaktion),  $\beta$ -Oxybuttersäure; gleichzeitig zu deren Neutralisation grosse Ammoniakmengen. Damit Alkaliverarmung des Organismus, Acidosis, Gefahr des Koma\*: plötzlich Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Benommenheit, Schlafsucht, Koma; auffallend vertiefte („grosse“) Atmung, schlaffe Muskulatur; Acetongeruch der Atmungsluft, massenhaft Acetonkörper im Harn; kleine, hyaline (Koma-)Zylinder. Meist rasch tödlicher Ausgang. **Diff-Diagnose:** Ausschluss transitorischer Glykosurien nach reichlichem Zucker- oder Sektgenuss; nach epileptischem Anfall, apoplektischem Insult usw.; nach akuten Infektionen u. Intoxikationen (CO usw.). Man beachte auch Fehlerquellen der Reduktionsproben! **Prognose:** Bei juvenilem u. schwerem Diabetes („D. maigre“) schlecht; bei leichten Fällen u. gutem Ernährungszustand („D. gras“) nicht ungünstig. Heilung wohl abgeschlossen; Besserung des Assimilationsvermögens oft beträchtlich. **Therapie:** Zuerst Feststellung der Form (leicht, schwer). Ist Gerhard negativ, rasch vollständige Kohlehydratentziehung so lange bis Harn zuckerfrei. Sobald aber dabei Gerhard deutlich positiv wird (tägliche Kontrolle!!), Kohlehydratzulage bis zum Verschwinden der Acetessigsäure. In diesen Fällen, sowie bei schon vorher positivem Gerhard Versuch der allmählichen Kohlehydratentziehung (Haferkur, Gemüse-, Hungertage, s. u.). Ist Patient zuckerfrei, so bleibt er womöglich (Acetessigsäure, Magen-Darmstörungen!) 3—6 Wochen (ev. noch länger) bei strenger Kost. Dann legt man versuchsweise 20 g Semmel täglich zu. Falls kein Zucker im Harn erscheint, alle 4 Tage weitere Zulage von je 20 g Weissbrot. Sobald Zucker auftritt, Verminderung der Zulage bis zu seinem Verschwinden; nach 8 Tagen Versuch einer weiteren Zulage. Auf diese Weise häufig allmählich gewisse Toleranz erzielbar. Bei positivem Gerhard stets Darreichung von Kohlehydraten (Weissbrot, auch Lävulose); daneben grosse Mengen von Alkalien (Natr. bicarbon. oder citricum 20—50 g pro Tag). Sehr gut auch für solche Fälle die v. Noorden-sche Haferkur (daneben Alkalien!); 2 Tage lang strenge Diät,



dann 2 Tage nur Gemüse mit viel Fett, starkem Alkohol, ev. einigen Eiern. Hierauf 3—4 Tage lang täglich eine Suppe aus 250 g Hafermehl, 300 g Butter, 200 g pflanzlichem Eiweiss oder 4—8 Eiern. Danach wieder einige Gemüsetage. Bei schweren Fällen u. bei leichten mit niederer Toleranz kann man jede Woche einen Hungertag (nur zuckerfreie Getränke) oder 2 Gemüsetage einschalten. Schwere Fälle verlangen oft Einschränkung der Eiweisszufuhr, doch nicht unter 70—80 g pro die. Diätformen: Bei strenger Diät erlaubt Fleisch jeglicher Art (pro Tag ca.  $\frac{3}{4}$  Pfund roh berechnet) u. Fett so viel wie möglich; statt Fleisch auch Eier, Fisch, Käse. Zur Erleichterung der Fettzufuhr Salat u. grüne Gemüse. Bei leichter Diät ausser genannten Nahrungsmitteln solche von höherem Kohlehydratgehalt (Brot, Kartoffel usw.). Milch wird verschieden vertragen. Als Süßmittel erlaubt Saccharin, Krystallose. Brotersatzpräparate (Aleuronat, Kleberbrot) enthalten noch reichlich Kohlehydrate! Cf. Kohlehydratäquivalenttabelle im Anhang. — Erlaubt, sogar empfehlenswert sind Alkoholica (zuckerfrei!), speziell Wein; von Bier jedoch nur helles u. nur bei leichter Diät (Kohlehydratgehalt!) gestattet. Leichte Muskelarbeit u. allgemeine Körpermassage fördern Zuckerverbrennung. *Medikamentös*: Versuch mit Opium  $3 \times$  tgl. 0,025—0,15 steigend, 2—3 Wochen lang. Für fettleibige Diabetiker Trinkkuren in Karlsbad, Neuenahr, Mergentheim. Alle sog. spezifischen Heilmittel (Synzygium jambolanum, Djoeat, Glykosolvol usw.) vollkommen wirkungslos. Wichtig Hautpflege; bei Hautjucken spirituöse Abwaschungen (z. B. 1%iger Thymolspiritus). Bei drohendem Koma sofort Kohlehydrate (Milch, Lävulose u. a.), ferner reichlich Alkalien innerlich; Haferkur, Gemüsetage. Im Koma\* selbst Versuch mit intravenöser Infusion von 3—4 %iger Sodalösung ( $\frac{1}{2}$ —1 Liter  $1$ — $2 \times$  tgl.). Beuttenmüller.

**Diarrhoe.** Häufige Stuhlgänge (mehr als 3 pro Tag) in dickbreiiger oder Stuhlgänge in flüssiger Form. *Ätiol.*: Entweder auf organischer Grundlage: Akute u. chronische Enteritis\*, Gastritis anacida\* (gastrogene D.), Stauungskatarrhe bei Herzleiden\* u. Lebercirrhose\*, Blinddarmentzündung\* im Beginn, Cholera\*, Cholera nostras\*, Dysenterie\*, Typhus\*, Sepsis\*, Pneumonie\*, Influenza, chronische Darmgeschwüre\*, Tumoren\*, Stenosen, Darmtuberkulose\*, Amyloid\* des Darmes, Urämie\*, Intoxikationen (Quecksilber\*, Digitalis etc). Oder ohne anatomische Grundlage: nervöse Dyspepsie\*, psychische Diarrhoen (z. B. Angstdiarrhoe), Basedow-Diarrhoen\*, Crises enteriques bei Tabes dorsalis\*. *Sympt.*: Stuhlgang entweder verdaut (D. stercoralis) oder reichlich unverdaute Speisen enthaltend (Lienterie), Kollern im Leib, Leibscherzen, Fieber je nach Grundkrankheit. *Diff.-Diagnose*: Anamnese (ätiolo-

gische Momente), genaue allgemeine Untersuchung! Magenuntersuchung nach Probefrühstück. Schmerzpunkte, Tumoren. Stuhluntersuchung (Schleimgehalt, Blut-, Eiterbeimengung). **Therapie:** Je nach Grundkrankheit. Siehe speziell Enteritis acuta. Bei Fieber oder schlechtem Allgemeinbefinden Bettruhe. Bei chron. Gastritis\* u. Enteritis\* entsprechende Therapie. Bei Stauungskatarrh Hebung der Zirkulation; zeitweise Karlsbader Salz. Bei chron. Diarrhoen Verbot aller stark gewürzten, fetten, blähenden, überhaupt chemisch, mechanisch u. thermisch reizenden Nahrungsmittel. Zu verordnen neben Schleimsuppen usw.: Kakaopräparate, Heidelbeerwein u. -Kompott, bindewebsarmes Fleisch, weiche Eier, geröstetes Brot, Zwieback; Milch besser nur als Brei oder mit Kakao. Tägliche Tannineinläufe. Bei nervösen Diarrhoen milde Antidiarrhoica (Rp. 7. ff.) Daneben Besserung des Allgemeinbefindens durch Ruhe, Hydrotherapie usw.; Warmhaltung des Leibes. Bei den häufig fast unstillbaren Amyloiddiarrhoen (sowie auch bei sonstigen Formen) Versuch mit Bolus alba (100 g in einem Glas Wasser verrührt auf einmal zu trinken); alle 3—4 Tage. Beuttenmüller.

**Digitalisvergiftung.** Auch durch die einzelnen Alkaloide bzw. Präparate. **Sympt.:** Übelkeit, Kopfschmerzen, unstillbares Erbrechen, Durchfälle, Muskelschwäche, Dyspnoe, starke Abkühlung. Puls erst gespannt u. langsam, schliesslich klein, sehr frequent, arhythmisch. Ohrensausen, Sehstörungen, Delirien, Koma mit Krämpfen, Herzlähmung. **Therapie:** Möglichste Ruhe, Verhütung der Abkühlung. Erst Magenspülung u. Abführmittel, Eispillen. Später Excitantia (Rp. 83 ff.), Sinapismen. Guttman.

**Diphtherie.** **Ätiol.:** Infektion mit Löfflerschem Diphtheriebazillus. In zweifelhaften Fällen bakteriol. Untersuchung (Entnahme von etwas Belag mit dem Löffelstiel, Verpacken in reinem Briefpapier, Überweisung an eine Untersuchungsstation). Inkubation 3—4 Tage. Diphtheriebazillen äusserst zählebig, noch wochenlang in Nase u. Mund der Rekonvaleszenten. Einmaliges Überstehen verleiht keine dauernde Immunität. **Sympt.:** Beginn plötzlich unter Fieber mit Appetitlosigkeit, Kopf- u. Halsschmerzen, Schluckbeschwerden. Mandeln, Zäpfchen, Gaumenbögen gerötet. Belag anfangs fleckig od. streifig, später zusammenhängende grauweisse Membranen, die sich von der Unterlage ohne Blutung nicht entfernen lassen u. Tendenz haben, sich rasch auf Nachbartheile auszubreiten. Halsdrüsen geschwollen, hart, schmerzhaft. Im Urin Albumen. In schweren Fällen durch Intoxikation starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Bei Nasen-D. grauweisse membranöse Auflagerungen auf der Nasenschleimhaut mit Absonderung eines fleischwasserähnlichen

oft blutigen Sekrets. Larynx-D. siehe Croup. Conjunctival-D. siehe S. 97. Bes. wichtig die sog. larvierte D., die sehr junge, schwächliche u. rachitische Kinder befällt in Gestalt eines anscheinend einfachen, fieberhaften Schnupfens mit seröser Absonderung. Allgemeinbefinden kaum gestört; jedoch Übergang auf Larynx möglich, kann in einer Nacht geschehen. Intensiver Schnupfen im Säuglingsalter daher immer verdächtig. **Komplik.:** Nephritis vom 5.—6. Tage ab, Verlauf meist günstig. Bronchopneumonie, Otitis media. Kombination mit Scharlach, Masern, Windpocken, Typhus. Gefürchtet der Maserncroup, bei dem auch Serumbehandlung unsicher. Akute Herzlähmung kann sowohl während der Krankheit, wie in der Rekonvaleszenz eintreten. Dabei elender Puls, träge, langsame Herzcontractionen, Cyanose, Leberschwellung, starke Leibschmerzen, Erbrechen, Nahrungsverweigerung. Postdiphtherische Lähmungen, meist nach 3—4 Wochen; bes. Gaumenlähmung, ferner Akkommodationslähmung mit Schielen u. Strabismus, Schwäche der Beine mit tabesähnlicher Koordinationsstörung; Lähmung der Schling- u. Atemmuskeln bedroht das Leben. **Therapie:** In jedem, auch dem leichtesten Falle u. in jedem Alter Injektion von 1500 I.-E. Behringschen Heilserums (Fläschchen Nr. III D à 3 ccm 500fach = 1500 I.-E.) mittelst gut ausgekochter Spritze unter die Bauchhaut. Nicht massieren. Bedecken der Einstichstelle mit Leukoplast. Verfahren im übrigen lediglich hygienisch-diätetisch: Bettruhe, gute Luft, leicht verdauliche u. zugleich kräftige Kost, Sauberhaltung des Mundes durch Gurgelungen resp. Ausspritzungen. Bei Nasen-D. ausserdem Schutz der Haut vor herabfliessendem Sekret durch Ungt. Glycerini. Bei postdiphtherischen Lähmungen Massage, Elektrizität, Übungen im warmen Bade, kräftige Ernährung, ev. mit Schlundsonde. Subcutan Strychnin (Rp. 152). Bei Herzlähmung konzentrierte kräftige Ernährung, Champagner, absolute Ruhe, Kampfer (0,1—0,2) u. Moschustinktur abwechselnd. Bei Dilatation des Herzens Ergotin (Rp. 98). Auch Digitalis u. Strophanthus sind mit Vorsicht zu verwenden. Wenn andere Lähmungen nebenhergehen Strychnin (Rp. 152).  
Hasenknopf.

**Drüsenfieber** (Pfeiffer). **Ätiol.:** Infektion, wahrscheinlich von Mandeln oder Nasenrachenraum ausgehend. **Sympt.:** Mit Störung des Allgemeinbefindens u. Fieber (bis 40°) scheinbar selbständige, entzündliche Schwellung der Halsdrüsen vor, unter u. hinter dem Sternocleidomastoideus. Bei Beginn auf einer Seite, Schiefhals. Dauer mehrere Wochen. **Komplik.:** Abscedierung selten, zuweilen Nephritis. **Therapie:** Schweisstreibende Einwickelungen. Zu Beginn einmal tgl. grössere Dosis Chinin (0,3—0,5) innerl. od. per rectum. Hasenknopf.

**Dupuytrensche Contractur.** Retraction der Hohlhandfascie u. ihrer nach den Fingern ziehenden Stränge, beginnend am 4. Finger. Gewöhnlich bei schwer arbeitenden älteren Männern. Zuerst Flexion des Metacarpophalangeal-Gelenks, dann der Interphalangeal-Gelenke; typische Flexionscontractur, unaufhaltsam zunehmend. Folge von herdweise auftretenden Bindegewebsneubildungen mit folgender Schrumpfung; gleichzeitig knollig verdickte Hautschwienel in Hohlhand u. Aponeurose. **Diagnose** nicht zu verfehlen. **Therapie:** Durch dreieckigen, spitzwinkligen Hautlappen (Basis peripher oder seitlich) Freilegung der Fascie, sorgfältige Exstirpation der verdickten, spannenden Stränge; dann Fixation der Finger in Streckstellung auf Schiene, bis Vernarbung vollendet. **Prognose** trotzdem wenig gut. Leser.

**Dysenterie.** Croupöse Erkrankung des Dickdarmes. **Ätiol.:** 1. Tropische Ruhr, durch *Amoeba dysenteriae*. 2. Europäische, epidemische Ruhr, durch *Bacillus dysenteriae*; nicht selten auch sporadische Fälle. Übertragung durch Verunreinigung des Trinkwassers, beschmutzte Hände usw. **Sympt.:** Allmählich zunehmender Durchfall oder plötzlich einsetzende heftige Diarrhoe. Anfangs fäkulent, dann Blut-, Schleim- u. Eiterbeimengung. Stuhl bald fast völlig blutig resp. schleimig-eitrig (Schleim in sagoähnlichen Klümpchen). Zahl der Stuhlgänge stark vermehrt, bis zu 40—50 pro Tag. Grosser Durst. Leibschmerzen, oft kolikartig; schmerzhafter Tenesmus; Meteorismus. Temperatur atypisch; bei Bacillendysenterie oft normal. Rascher Kräfteverfall. Dauer: ca. 8—10 Tage. Ausgang entweder tödlich durch Entkräftung, oder langsamer Übergang in Rekonvaleszenz. Dabei häufig Rückfälle; nicht selten auch Übergang in chronische Ruhr. **Komplik.:** Bei tropischer Ruhr oft Leberabscesse, Pleuraempyeme; selten Perforationsperitonitis. Polyneuritiden. **Diff.-Diagnose:** Ausschluss von Typhus\* u. septischer\* Dysenterie, Quecksilbervergiftung\*, Urämie\* usw. Nachweis der Erreger im Stuhl; Agglutination des Bluts gegen Dysenteriebacillen. **Prognose:** Bei tropischer D. dubiös bis schlecht; bei unserer epide mischen Ruhr meist nicht ungünstig, bei sporadischer Ruhr günstig. Ältere Patienten schwerer bedroht. **Prophylaxe:** Cf. Cholera. **Therapie:** Bettruhe, Wärme. Anfangs Abführmittel, speziell Ricinus, tgl. 1—2 Essl. Später Adstringentien: Tannalbin, Tannigen, Wismut usw. (Rp. 11 ff.); kein Opium. Tannineinläufe (Enteroklyse) wie bei Cholera\*. Gegen Tenesmus Suppositorien mit Belladonna (0,03), Anästhesin (0,3—0,5); warme Umschläge. Einfetten des Afters. — Diät sehr vorsichtig, nur flüssig, ja nicht reizend. Schleimsuppen, schwere Rotweine

usw. Nur ganz allmählich Rückkehr zur normalen Kost. Auch bei chron. Ruhr strenge Diät; Tannineinläufe usw. Cf. Leberabscesse. — D. ist meldepflichtig. Beuttenmüller.

**Dyshidrosis.** *Sympt.:* Akute Blasenbildung auf mehr oder weniger geröteter Basis an Händen u. Füßen, seltener im Gesicht. Durch Quellung des Stratum corneum wird Ausführgang der Schweissdrüsen verlegt, es erfolgt Schweisserguss in benachbartes Epithel. Falls keine Reizung u. Übergang in akutes Ekzem, Heilung in einigen Tagen bis Wochen. — Cf. Hyperhidrosis. *Therapie:* Borvaseline oder Lotio Zinci (Rp. 209).

M. Joseph.

**Dysmenorrhoe.** Mit Krampf, Kolikanfällen, oft starkem Blutverlust verbundene Menstruation, bei D. membranacea unter Ausstossung der oberflächlichen Schleimhautschicht des Uterus. Cf. Menstruationsanomalien. *Ätiol.:* Oft gleichzeitig mehrere Ursachen. Mechanische D.: bei engem Muttermund (nach Portioamputation, Ätzungen usw.); Kleinheit des Uterus (Infantilismus). Myome. Entzündliche D.: bei Endometritis (nach Abort), Pelveoperitonitis, Perimetritis, Oophoritis usw. Nervöse D.: durch geistige Überanstrengung (Musiklehrerinnen), Hysterie, Neurasthenie. *Sympt.:* Einige Zeit, oft tagelang vor der Menstruation Unbehagen, Kopfschmerzen, Migräne, Kardialgie, Übelkeit, Erbrechen, Anorexie, Durchfälle, Schlaflosigkeit, mitunter hochgradige Prostration; später ev. schwere Hysterie. Ab u. zu Intermenstrualschmerz (cf. Endometritis). D. verschwindet mitunter nach einer Geburt, in anderen Fällen tritt sie danach erst auf. *Komplik.:* Sterilität. *Diff.-Diagnose:* Akutes, kolikartig sich steigerndes Auftreten; völlige Gesundheit ausserhalb der Menstruation; Empfindlichkeit der Schleimhaut gegen Sondenberührung. Bei D. membranacea wird im Gegensatz zum Abort bei jeder Menstruation eine Membran ausgestossen. *Therapie:* Zunächst abwartend, Behandlung etwaiger komplizierender Erscheinungen (Entzündungen, Infantilismus), leichte Laxantien, 3—4 tägige Bettruhe vor der Menstruation; Suppositorien: Rp. Morph. hydrochl., Extr. Bellad.  $\text{aa}$  0,015 Butyr. Cacao 1,5, S. 2 Stück in 24 Stunden. Antineuralgica: Antipyrin 1,5 oder Aspirin 1,0 mit Codein. phosph. 0,03; Salipyrin 0,5; Pyramidon 0,3—0,5 mehrmals tgl. Bei starker Blutung Extr. Hydrast. canad. fluid. (3 × tgl. 20—30 Tr. in schwarzem Kaffee, mehrere Monate während der Menstruation); Brom (1 g pro die, Rp. 139 ff.). Versuchsweise Auspinselung der unteren Nasenmuscheln u. der Tuberositas septi narium beiderseits („Fließ-Schiff'sche Zonen“) mit 10—20 % Cocainlösung, ev. mit nachfolgender Ausätzung dieser „Genitalstellen“ (Erfolge zweifelhaft). Erhöhung der allgemeinen Widerstandsfähigkeit (26—30 °

warme Sitzbäder, bei chlorotischen Zuständen Stahl-, Sol-, Moorbäder). Versagen diese Mittel, 1—2 malige Sondierung des Uterus vor jeder Menstruation; Erweiterung mit Laminaria oder akute Dilatation des Uterus mit nachfolgender wiederholter Tamponade des Uterus (nur durch Spezialisten!) ev. gründlicher Curettage; bei Intermenstrualschmerz Laxantien, anti-phlogistische Behandlung (Bäder). Bei verzweifelten Fällen ev. Kastration. Cf. Menstruationsanomalien. Kayser.

**Dyspepsie.** Symptomenkomplex der Verdauungsstörung. *Ätiol.:* Magenkrankheiten (Gastritis acuta u. chronica, Magen-carcinom, Gastrektasie, Magenneuosen); sonstige Krankheiten (Phthisis incipiens, Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten; Chlorose, Anämie); fieberhafte Krankheiten. *Sympt.:* Appetitmangel, Übelsein, Druckgefühl in der Magengegend, schlechter Geschmack im Mund, eingenommener Kopf, Schwindel. Objektiv: s. Grundleiden. Bei sog. Gärungs-D. (eine Darmerkrankung, bei der Resorption der Kohlehydrate gestört) sind die Stühle breiig bis flüssig, von Gasblasen durchsetzt, reagieren sauer. Beschwerden ähnlich wie bei akuter Enteritis. *Therapie:* Die der Grundkrankheit. Bei Gärungs-D. Einschränkung resp. Verbot der Kohlehydrate, Darreichung von Oxygar (1 Oblate à 1,0 vor d. Essen). Cf. Anorexie. Beuttenmüller.

**Dyspepsia nervosa.** Magenbeschwerden wesentlich sensibler Natur ohne nachweisbare anatomische Veränderungen. *Ätiol.:* Anämie (cf. Lungentuberkulose); Hysterie, Neurasthenie (speziell auch von Sexualsphäre ausgehend); oft Zusammenhang mit splanchnoptotischem Habitus. *Sympt.:* Magendrücken u. Völlegefühl ca. 1—2 Stunden nach dem Essen, häufig unabhängig von Art der Speisen. Seltener leichte Magenschmerzen. Übelkeit, lautes Aufstossen, selten Erbrechen. Appetit wechselnd, häufig Anorexie. Stuhlgang meist angehalten, seltener Durchfall. — Daneben allgemeine Mattigkeit, schlechter Schlaf, Herzklopfen, Eingenommensein des Kopfes, Schwindelgefühl. Sämtliche Beschwerden psychisch beeinflussbar u. sehr launisch; bei Ablenkung nachlassend. Objektiv: Ernährungszustand wechselnd, bei längerer Dauer manchmal reduziert; Blässe, Foetor ex ore. Magenmotilität normal oder leichte Magenatonie\*. Sekretion häufig normal; doch auch Superu. Subacidität; Fermente meist normal. Charakteristisch ist oft ein bei mehrmaligen Untersuchungen stark wechselnder Aciditätsbefund. *Diff.-Diagnose:* Wichtig Labilität der Beschwerden, psychische Beeinflussbarkeit. An Phthisis\* u. Carcinoma incipiens denken! *Prognose:* Nicht ungünstig; jedoch langwieriges Leiden. *Therapie:* Bekämpfung des Grundleidens. Psychische Behandlung (cf. Neurasthenie, Hysterie);

ev. Sanatorium notwendig. Ausspannung, Fernhaltung von Erregungen, Land-, See-, Gebirgsaufenthalt. Vorsichtige, individualisierende Hydrotherapie (Abreibungen, Halbbäder, Duschen; bei stärkerer Erregung protrahierte Vollbäder). Allgemeine Massage. Suggestiv Elektrotherapie. Medikamentös: Brom, Valeriana, Amara (cf. Anorexie). Bei Unterernährung milde Mastkur (reichlich Butter, Sahne, Milch etc.); manchmal Sondenernährung nötig. Bei Fettleibigen leichte Entfettung. — Keine zu weichliche Diät! Gemischte Kost. Sorge für Stuhlgang (cf. Obstipation). Behandlung einer ev. Enteroptose\*.

Beuttenmüller.

**Dysphagie.** Schlingbeschwerden. *Ätiol.:* Schluckschmerz bei Anginen, Diphtherie, Retropharyngealabscess, Ohrenerkrankungen, entzündlichen, speziell ulcerativen Prozessen im Kehlkopf u. Oesophagus. Mechanische Schluckbehinderung bei Tumoren des Rachens, der Speiseröhre (Oesophagus-, Kardiocarcinom), Oesophagusdivertikeln, Narbenstrikturen (Verätzung, Lues); Kompression des Oesophagus durch Strumen, Aneurysmen, Mediastinaltumoren. Nervöse Störungen: Bulbärparalyse, postdiphtherische Lähmung, Oesophago- u. Kardiospasmus, atonische Ektasie des Oesophagus, tabische Krisen u. Lähmungen, Tetanus, Lyssa. *Sympt.:* Scheu resp. Unfähigkeit zu schlucken; meist bei festen Speisen stärker ausgesprochen, weniger bei flüssigen (umgekehrtes Verhalten bei Lyssa = Hydrophobie). *Diff.-Diagnose:* Siehe die einzelnen Krankheiten. Wichtig bei Oesophagusaffektionen die Sondierung. *Therapie:* Die der Grundkrankheit. Bei Schmerzen Anästhesin (Rp. 5), ev. Morphium (Rp. 132) vor dem Essen. Beuttenmüller.

**Dyspnoe.** Oft fälschlich unter dem Begriff Asthma (cf. S. 43). D. ist erschwerte, angestrengte Atmung; kann beschleunigt u. oberflächlich oder auch verlangsamt u. vertieft sein. „Asthma cardiale\*“ ist nur eine D., die auch anfallsweise auftritt. Zur D. gehören auch die Atembeschwerden bei mechanischen oder entzündlichen Hindernissen in Pharynx, Larynx, Luftröhre, Brusthöhle, die auch zu Einziehungen führen können (z.B. bei Diphtherie, Fremdkörpern, Thymusvergrößerung, Tumoren usw.), bei bedeutender Verkleinerung des respiratorischen Parenchyms (z. B. bei hochgradiger seröser Pleuritis, ausgebreiteter Tuberkulose, mehrfacher Pneumonie), bei Bronchitis\*, bes. Br. capillaris\*, je ausgebreiteter um so mehr (expiratorisch bes. wegen Stenosierung der Bronchien), ebenso bei Bronchiolitis asthmatica (S. 43) in der anfallsfreien Zeit, vor allem bei Emphysem\* (bes. mit Bronchitis chron.). Ferner die D. bei Anämien\* (der Hb-Mangel dadurch kompensiert) u. bei Fieber (Reiz der Oblongatazentren); das sog. „Asthma“ uraemicum\*,

diabeticum\*, arthriticum, carcinomatosum, das toxische „Asthma“ saturninum (bei akuter Bleivergiftung), salicylicum (durch Salizylsäure), bei Chlorgasvergiftung; ferner die erschwerte Atmung bei entzündlichen, bei tieferer Atmung Schmerz verursachenden Erkrankungen im Brustkorb u. Unterleib (Rippenfell-, Lungenentzündung, Rheumatismus, Rippenfraktur, Neuralgien, Bauchfellentzündung usw.). Sehr häufig beschleunigte u. vermehrte Atmung bei Hysterie, Nervösen, auch subjektives Dyspnoegefühl. Im Pubertätsalter öfter Zustände oder Vorstellungen rasch vorübergehenden Luftmangels (tiefes Atmen).

**Therapie:** Die des Grundleidens.

Arneth.

**Dysurie.** Abnormes (erschwertes bzw. schmerzhaftes) Urinlassen. **Ätiol.:** Harnröhrenstrikturen, Prostatahypertrophie, Blasenleiden (Cystitis usw.), abnorme Harnbeschaffenheit (Harnsäurekrystalle, Oxalurie, Alkalität usw.), Erkrankungen der weiblichen Genitalien. Cf. Blasenkrampf u. -lähmung. **Sympt.:** Häufiger Urindrang (bei Neurasthenie ohne weitere Beschwerden), entleerte Harnmenge gering, oft nur Tropfen; Strahl dünn; oft merkwürdige Stellungen zum Urinieren nötig. Starke Schmerzen in Blase u. Harnröhre, die meist in die Nachbarschaft ausstrahlen. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens. Blande Diät; wenig trinken (warme schleimige Getränke, Milch). Warme Sitzbäder u. Umschläge. Sorge für Stuhlgang. Narkotische Suppositorien (Rp. 2, 146), ev. Morphinum. Cf. Anurie. Leser.

**Echinococcus.** **Ätiol.:** Taenie (bis 5 mm lang), lebt im Hund, gelangt in Menschenmagen (daher bei Anamnese auf Halten von Hunden im Haushalt forschen), Embryonen perforieren Darm, dringen auf Blut- oder Lymphweg in die Organe, wo sie sich abkapseln, u. zwar als *E. hydatidosus* unter endogener Bildung von Tochter- u. Enkelblasen im Inneren eines bindegewebigen Sackes als Kapsel, oder als *E. multilocularis* (wahrsch. eigene Taenie), der exogene Sprossen bildet u. durch tumorähnliches Wachstum längs der Blut- u. Lymphgefäße ohne Kapselbildung sich allmählich zu Riesentumoren entwickeln kann. Lieblingssitz Leber, Lungen, Niere, aber auch andere Organe (auch multipel), Milz, Knochen usw. **Sympt.:** Die grosser Tumoren, je nach dem Sitz verschieden. **Diff.-Diagnose:** Mitunter schwer von anderen Tumoren, auch cystischen, zu unterscheiden. Sicher, wenn Echinokokkenmembranen oder Häkchen ausgehustet werden oder mit dem Stuhl abgehen. Hydatidenschwirren fehlt sehr oft. Punktion ist nur bei äusseren *E.* gestattet, niemals bei Bauch-*E.* **Komplik.:** Durch Platzen der Säcke u. Vereiterungen mannigfache schwere Erscheinungen. Fieber, Kachexie, Abscesse, Vergiftungser-



scheinungen. **Therapie:** Ein- oder zweizeitige Operation, womöglich totale Exstirpation des Sackes oder Einnähung, Incision oder Drainage. Cf. Leberechinococcus. **Kaposi.**

**Eifersuchtswahn.** **Ätiol.:** Chronischer Alkoholismus, senile Psychosen, chronische Paranoia, Hysterie. **Sympt.:** Mißtrauen u. Gereiztheit gegen den Ehegatten (bzw. die geliebte Person), krankhafte Eigenbeziehungen, Wahnidee der ehelichen Untreue, oft abenteuerlich ausgebaut; häufig Halluzinationen auf sexuellem Gebiet; in einzelnen Formen (bes. bei Alkoholismus), ethisch-affektive Defekte; brutales Verhalten, Drohungen, Gewalttaten gegen den Ehegatten bzw. Nebenbuhler. **Therapie:** Vor allem Sicherung des bedrohten Ehegatten durch Entfernung, Anstaltsaufnahme des Kranken; bei Alkoholikern durch Entziehungskur guter Erfolg, aber Gefahr des Recidivs.

L. W. Weber.

**Eklampsia gravidarum et parturientium.** Klonische Krämpfe mit Bewusstseinsstörungen oder -verlust gegen Ende der Schwangerschaft, unter der Geburt oder im Wochenbett auftretend u. durch diese Zustände bedingt. **Ätiol.:** Bis jetzt nur Hypothesen. Am wahrscheinlichsten, dass vom Fötus resp. der Placenta gelieferte Eiweisskörper, die in mütterlichen Blutkreislauf gelangen, die Erkrankung veranlassen. Erstgebärende am häufigsten befallen. **Sympt.:** Vorboten sind Kopfschmerzen, Übelkeiten, reichliche Eiweissausscheidung im Urin, Unbesinnlichkeit, Flimmern vor den Augen, Erbrechen. Anfall tritt plötzlich ähnlich dem epileptischen auf. Die Zuckungen beginnen im Gesicht, breiten sich dann rasch auf den ganzen Körper aus, sind vorwiegend klonisch, manchmal auch tetanisch. Atmung pflegt während des Anfalles auszusetzen, Gesicht wird daher tief blau, Schaum tritt vor den Mund. Bewusstsein kann nach kürzerer oder längerer Zeit zurückkehren, aber auch bis zum eintretenden Tode fehlen. Schwerere Symptome sind Hämatemesis u. Hämoglobinurie. Anfälle können sich rasch hintereinander wiederholen. **Diff.-Diagnose:** Ausschluss der Epilepsie durch Erhebung der Anamnese. Beobachtung des typischen Anfalles; Pupillen reagieren nicht! (Bei Hysterie Bewusstsein nicht völlig geschwunden, Pupillen reagieren.) Urinsekretion stark vermindert, reichlich Eiweiss im spärlichen Urin. **Komplik.:** Bestehenbleiben der Nephritis, Hemiplegie, Amaurose, Psychosen (cf. Puerperalpsychosen). **Therapie:** 1. Möglichst rasche Erledigung der Geburt. Bei erweiterten Geburtswegen Zange oder Wendung, bei geschlossenem Muttermund für den Praktiker Erweiterung des Muttermundes mittels Hegar'scher Dilatatoren u. Einlegen eines Metreurynters mit konstantem Zuge; für den Spezialisten blutige Erweiterung des Cervikalkanals durch

Hysterotomia anterior resp. bei verengtem Becken abdominaler Kaiserschnitt. 2. Beschränkung der Anfälle durch geeignete Medikamente. Chloroformnarkose, Chloralhydrat per Klyisma, 1—2 g pro dosi, Morphinum subcutan 0,02—0,04 auf einmal. 3. Anregung der Urinsekretion durch grössere Mengen physiol. Kochsalzlösung (2—4 l subcutan oder intravenös) ev. Diuretica (Rp. 67—70); Diaphoresis nicht zu empfehlen. Bei schlechter Atmung u. kleinem Puls künstliche Atmung, Herzmassage, kalte Abklatschungen, Excitantien. Bei puerperaler Eklampsie dasselbe; hier ev. auch operatives Vorgehen, wenn Zustand schlecht wird (Dekapsulation beider Nieren).  
Fromme.

**Eklampsia infantum.** Tonische od. klonische Krämpfe mit mehr od. weniger hochgradiger Bewusstseinsstörung, am häufigsten in der 2. Hälfte des 1. u. zu Beginn des 2. Lebensjahres. Im wesentlichen der Ausdruck der leichteren Schädigung des wachsenden kindlichen Gehirns durch verschiedenste Ursachen. *Ätiol.:* Organische Gehirnerkrankungen (Encephalitis usw.). Ernährungs- u. Stoffwechselstörungen (Tetanie\*, Spasmophilie\*, Glottiskrampf\*). Fieberhafte Erkrankungen, z. T. auch Epilepsie\*. *Therapie* des Anfalls: Sofortige Verabreichung von Chloralhydrat per rectum. Rp. Chloral. hydrat. 1,0, Mucilag. Gummi arab. 10,0, Aq. dest. ad 50,0, S. Die Hälfte auf einmal als Klystier. Zuhalten des Afters, um sofortige Wiedergabe zu vermeiden. Nach kurzer Zeit ev. den Rest. Warme Bäder mit kalten Übergießungen. Bei hohem Fieber kalte Packungen. In sehr schweren Fällen Chloroformnarkose. (Bezügl. der speziellen Therapie s. die betr. Stichworte.)  
Hasenknopf.

**Ekthyma.** *Sympt.:* Grosse bis auf tiefe Coriumschichten greifende Eiterpusteln mit derbem infiltriertem Rande. Bei E. kachecticum s. terebrans infantum (Hallopeau) u. E. gangraenosum (Kaposi) in Glutäalgegend u. Umgebung linsengrosse, dem Erythema nodosum ähnliche Knoten, die sich in nierenförmige, flache, hart umrandete Geschwüre mit Bacillus pyocyaneus oder Diphtheriebacillen umwandeln u. zum Exitus führen. Bei E. syphiliticum bohnen- bis markstückgrosse Pusteln mit dunkelroter, derber, infiltrierter Umgebung, einzeln oder in Gruppen, auf Kopf u. unteren Extremitäten. Pusteln wandeln sich bei heruntergekommenen Individuen zu runden oder nierenförmigen serpiginosen Geschwüren um. *Therapie:* Bei E. syphiliticum lokal Kalomel; bei E. terebrans allgemeine kräftige Diät u. lokale Antiseptik.  
M. Joseph.

**Ekzem.** *Sympt.:* Das akute Ekzem beginnt mit Rötung und Schwellung (Stadium erythematosum), hierauf Knötchenbildung (St. papulosum). Mit Auftreten von Bläschen (St. vesiculosum) ist Höhepunkt erreicht; nach deren Platzen erfolgt

Nässen (St. madidans). Sobald Staphylokokken hinzutreten, Eiterpusteln (St. impetiginosum). Schliesslich unter Schuppenbildung (St. squamosum) Regeneration der Epidermis. Nicht immer alle Stadien durchlaufen. Meist stellt E. diffusen Flächenkatarrh mit vorwiegend seröser Sekretion dar; akutes E. nimmt cyklischen Verlauf, beim chronischen wechseln Exacerbationen mit Remissionen ab. Staphylokokken-Endotoxine scheinen pathogenen Einfluss auszuüben. Wir trennen hiervon ab das E. seborrhoicum als abortiven Prozess, bes. an Kopf, Sternalgegend u. zw. Schulterblättern lokalisiert. Beim E. parasitarium erwecken die kreisrunden, meist umschriebenen, infiltrierten Eruptionen parasitären Eindruck, bis jetzt aber Erreger unbekannt. Bei jedem Ekzem ein oft unerträgliches Jucken, das zum Kratzen führt, bes. in der Bettwärme sich verstärkt u. Schlaf raubt. Ausbreitung entweder per continuum auf benachbarte Körperteile oder diskontinuierlich auf weit entfernte Stellen durch reflektorische Gefässalteration. Auf behaartem Kopf verfilzen Haare infolge des Nässens, u. es schwellen benachbarte Drüsen an; Ursache Pediculi capitis mit ihren Eiern (Nisse). Durch starke, häufig infolge Aberglaubens absichtliche Vernachlässigung nimmt Verfilzung enorme Dimensionen an; es bildet sich der Weichselzopf (Plica polonica). Bei Säuglingen bes. häufig das squamöse Ekzem auf dem Kopfe, in Ohren, Stirn u. Wangen (Crusta lactea, Milchschorf). Am Naseneingange im Anschluss an chronische Rhinitis u. als Zeichen allgemeiner Scrofulose häufig chronisches Ekzem, von dem ev. recidivierende Erysipele ausgehen. Sehr schmerzhaft ist das chronische E. der Mamma; bei fetten Personen E. des Nabels; am Anus u. Genitalien E. infolge Diabetes. An Händen u. Unterarmen am häufigsten Gewerbeekzeme; von den durch stärkere Austrocknung der Haut entstandenen Rhagaden gehen sekundäre entzündliche Prozesse u. Schwielenbildungen aus. Auch an Nägeln E., von benachbarten Stellen fortgeleitet oder nur dort lokalisiert, wobei in der Querrichtung des Nagels Einsenkungen u. Erhebungen sich bilden. Cf. Intertrigo. Unter den äusseren Momenten, die Ekzeme herbeiführen, spielen Hitze (E. caloricum), Antiseptica (Carbolsäure, Sublimat, Quecksilber, Jodoform usw.) u. Pflanzen (Primeln, Sonnenblumen, Hyacinthen usw.) grosse Rolle. **Diagnose:** Flächenhafter katarrhalischer Charakter der Erkrankung, polymorphe Eruptionen, Vorliegen äusserer Schädlichkeit. **Therapie:** Bei akuten E. indifferente Behandlung, beim chronischen differente Medikamente. Solange E. nässt, wird gepudert (Amyl. Solani, Tritici oder Oryzae; auch Pulvis exsiccans, Lenicetstreupuder, Diachylonwundpulver, Tannoforn 1 : 10, Xeroform 1 : 10). Auch Umschläge (essigsäure Tonerde 1—2 Essl. in  $\frac{1}{4}$  l Wasser oder Resorcin 10,0 in  $\frac{1}{2}$  l Wasser).

Cf. Intertrigo. Ist hierdurch das E. trocken, dann Salben (Ungt. diachylon Hebrae, Ungt. Vaselini plumbicum, 10 % Borvaseline, Ungt. Wilsonii, 10 % Lenicet-Vaseline). Noch besser haften Lassar'sche Pasten, im akuten Stadium Zinkpaste, im chronischen Salicylpaste (Rp. 200, 201). Erst wenn akutes Stadium vorüber u. noch Jucken besteht, zur Beseitigung desselben u. Beschleunigung der Epidermisregeneration Teerbehandlung. Grosse Vorsicht, um Reizungen zu verhüten! Zuerst Teerschüttelmixtur (Rp. 210), dann Teersalbe (Rp. Ol. Cadin. pur. 0,1—10,0, Vaseline. ad 100) oder Teerpaste (Rp. Olei Cadini 0,1—10,0, Pasta Zinci ad 100,0), schliesslich Tinctura Cadini (Rp. Ol. Cadini pur. 25,0, Aether sulfur., Spirit.  $\text{aa}$  37,5 filtra, adde Ol. Lavandul. 1,0) oder, seltener, reiner Teer. Auch Liantral, ein Steinkohlen-Teerextrakt (Rp. Liantral. 2,5—10,0, Ungt. Caseini ad 50,0) oder Pittylen, ein Kondensationsprodukt von Formaldehyd u. Teer, in Form von Salben, Pasten, Schüttelmixturen. E. capillitii am schnellsten geheilt durch Lassars Zinnobersalbe (Rp. 197) u. Nachbehandlung mit Salicyl-Benzoesalbe (Rp. Acid. salicyl. 1,0, Tinct. Benzoes 2,0, Vaseline. ad 50). Bei chron. E. der Hände gegen das Jucken Tumenol, ev. in Verbindung mit Naphthalan (Rp. Tumenol. 3,0, Naphthalan. 10,0, Past. Zinci, ad 100,0). Bei chron. Gewerbeekzemen ev. Ätzungen mit 5—6 % Kalium causticum erforderlich; dadurch akutes E., dessen Heilung leichter gelingt. Beim Nagelelkzem Röntgenstrahlen, einmal volle Erythemdosis. Beim E. tylotiforme 10 % bis 20 % Salicylseifenpflaster, 10—60 % Pittylen-Paraplast, Rp. Lenigallol 20,0, Pasta Zinci 80,0; oder Röntgenstrahlen. Bei trockenem E. am Anus u. den Genitalien Boeck's Bleiwasserliniment (Rp. Talci pulv., Amyli  $\text{aa}$  20,0, Glycerin 8,0, Aq. plumbi ad 100,0). Beim E. der Kinder ausser lokaler Therapie salzarme u. gleichzeitig eiweiss- u. fettreiche Kost (Finkelstein), Cave Bäder! Innerl. Arsen empfehlenswert (Rp. 21 ff.).

M. Joseph.

**Elephantiasis.** *Ätiol.:* Wiederholte Entzündungsprozesse der Haut, z. B. Erysipel, bes. des Unterschenkels, vernachlässigte Unterschenkelgeschwüre, auch Lupus. In den Tropen, wo häufiger, Infektion mit *Filaria Bankrofti*, die in Lymph- u. Blutgefässen kreist (E. Arabum). *Sympt.:* Allmählich zunehmende Schwellung der Haut u. Unterhaut des Unterschenkels, seltener des Oberschenkels bzw. anderer Organ; zuweilen kolossale Verdickung mit warzenförmigen Prominenzen, Oedemen, Infiltrationen; Neigung zu Erysipel. *Prognose:* Nicht gut, zumal noch kein Mittel, die *Filaria* zu vernichten, bekannt. *Therapie:* Am besten Hochlagerung u. elastische Einwicklung der Extremität, ev. Excision von multiplen Hautstücken. Neuerdings permanente Drainage durch Einlegen vieler Seidenfäden

in das Unterhautgewebe empfohlen. In schwersten Fällen ev. Amputation.

Leser.

**Embolia arteriae centralis retinae.** *Ätiol.:* Lokale u. allgemeine Arteriosklerose. Vitium cordis. *Sympt.:* Plötzliche Sehstörung ohne vorangehende Verdunkelungserscheinungen. Sitzt Embolus im Hauptstamm, sofortige einseitige Amaurose. Andernfalls geht entsprechender Teil des Gesichtsfeldes verloren. Meist hochgradige Amblyopie. Im frischen Zustande erscheint betroffener Netzhautteil oder ganze Netzhaut bis weit peripher weiss getrübt, undurchsichtig. Arterien sind nicht zu erkennen oder zeigen diskontinuierliche Blutfüllung. Maculagegend beteiligt sich wegen der Dünnhheit der Netzhaut daselbst weniger an der Trübung u. sticht durch dunkelrote Färbung ab. Später hellt sich Retina wieder auf, befallene Arterien als weisse Linien sichtbar, Papille wird weiss, behält scharfe Grenzen, Lamina bleibt klar. *Diff.-Diagnose:* Hysterische Erblindungen ohne jede Fundusveränderung. Akute retrobulbäre Sehnervenentzündung\*, ebenso oder unter dem Bilde einer Neuritis optica. Störung im Zentralorgan ohne Einfluss auf den Fundus, meist auf beide Augen verteilt. *Therapie:* Aussichtslos. Versuch mit heissen Fussbädern, Jodkalium, vorsichtiger Massage des Bulbus.

Schieck.

**Encephalitis acuta.** Entzündung der Gehirnschubstanz, später Erweichung, Narbe oder Cyste, oft lochartige Defekte (Porencephalie). Bisweilen Eiterung (Gehirnabscess\*) *Ätiol.:* Infektionskrankheiten (Influenza, akute Exantheme), Verletzungen, bisweilen Alkoholismus. *Sympt.:* Bei nicht eitriger E. Allgemeinsymptome: Kopfschmerz, Benommenheit, Schwindel, Erbrechen, manchmal Fieber. Herderscheinungen je nach Sitz, bes. in grauer Substanz. Bei Kindern (Polioencephalitis acuta infantum) häufig Herde in den Centralwindungen, mit zurückbleibender spastischer Hemiplegie (parallel der Polio-myelitis\* ant.); gleiche Symptome, stets Fieber, meist Krämpfe, nach wenigen Tagen oder Wochen zurückbleibende Lähmung. Eitrige E. siehe Gehirnabscess. *Diff.-Diagnose:* E. a. ist wahrscheinlich bei cerebraler Herderkrankung nach Infektionskrankheit. Fieber. Oft unmöglich gegen Gehirnembolie\* u. -Thrombose abgrenzbar. *Prognose:* Stets ernst, bes. bei Oblongataherden. *Therapie:* Ruhe, Eisblase, Behandlung der Lähmungen.

S. Schoenborn.

**Encephalomalacie.** Gehirnerweichung. Meist Folgezustand von Thrombosen in Endarterien oder bei Versagen des Collateralkreislaufs. Je nach Blutgehalt rote, gelbe, weisse Erweichung; zerfliessliches Gewebe mit Myelintropfen u. Körnchenzellen. Wechselnde Herdgrösse. Cf. Apoplexie, Gehirn-

embolie u. -thrombose. **Sympt.:** Wie bei Apoplexie nach Abklingen des Insultes, je nach Lage des Herdes. Meist etwas Fieber. **Diff.-Diagnose:** Schwer gegen Thrombose, Blutung. Wiederholte apoplektische Insulte sprechen für E. **Prognose:** Quoad vitam meist gut. **Therapie:** Ruhe, Eisblase.

S. Schoenborn.

**Endokarditis acuta.** Entzündung des Klappenendokards, am häufigsten im linken Herzen (am rechten Herzen meist nur fötal). Prädilektionsstelle: Mitralis. **Ätiol.:** Polyarthritus rheumatica acuta, Chorea, Scharlach, Gonorrhoe, Pocken u. a. akute Infektionen; ferner septische Prozesse. **Sympt.:** Fieber gering oder fehlend; beschleunigter, weicher Puls, seltener unregelmässig (begleitende Myokarditis!). Leises systolisches Geräusch an der Spitze, manchmal Verbreiterung nach links; später Akzentuation des 2. Pulmonaltones. Subjektiv: Herzklopfen, -Druck, Stenokardie. Öfters Embolien. Ausgang: Selten in Heilung, meist in Klappenfehler; manchmal direkt anschliessend Herzinsuffizienz. E. recurrens: Unter Temperatursteigerung, Pulsbeschleunigung u. Arrhythmie mit starken subjektiven Beschwerden wiederholen sich öfters Anfälle von Endo- u. meist gleichzeitig Myokarditis. Bei septischer (maligner, „ulceröser“) E. charakteristische Fieberkurve, multiple, z. T. eitrige Embolien (Haut, Netzhaut), schwerste Allgemeinerkrankung. Puls stark beschleunigt, dgl. Atmung; sonstige septische Symptome. Ausgang meist infaust. **Therapie:** Strengste Bettruhe bis Puls wieder normal; dann allmähliche Gewöhnung an körperliche Leistungen. Lokal Eisbeutel. Späterhin CO<sub>2</sub>-Bäder, Halbbäder usw. Bei Insuffizienzerscheinungen Analeptica (nicht nach Embolien!). Cf. Herzinsuffizienz. Anfangs flüssig-breiige Kost; auch späterhin leicht verdauliche Nahrung. Sorge für guten Stuhlgang. Beuttenmüller.

**Endometritis.** Entzündung der Schleimhaut des Gebärmutterhalses u. -körpers. Akut u. chronisch. **Ätiol.:** Bei akuter E.: Gonorrhoe, Infektion intra partum (E. putrida, saprophytica, septica) u. bei Operationen (Sondierung!), Infektionskrankheiten, Phosphorvergiftung. Bei chronischer E.: ausserdem Infektionen während der Menstruation (auf dem Wege des Menstrualblutes), Myome, Retention von Placentarteilen, schlecht passende Pessare. **Sympt.:** Bei E. acuta cervicis et corporis: Fieber; Cervixschleimhaut verdickt, gerötet. Eitriger, oft übelriechender Ausfluss. Wehenartige Schmerzen, Druck- u. Sondenempfindlichkeit des vergrösserten Uterus. E. chronica cervicis tritt unter dem Bild der papillären u. folliculären Cervixerosion\* auf, letztere führt mitunter zur folliculären Hypertrophie der Lippe. Absonderung zähen glasigen u.

9\*

eitrigen Sekrets, unregelmässige, starke Blutungen, brennende Schmerzen in der Scheide (bes. bei folliculärer Erosion). Bei E. chronica corporis starke, schleimige oder rein eitrig Absonderung. Verstärkte Menses (Menorrhagien\*), mitunter verbunden mit Ausstossung von Fibrinfetzen (Dysmenorrhoea membranacea). Oft hochgradige Anämie u. nervöse Erscheinungen (Kreuzschmerzen, Migräne, Dysmenorrhoe usw.); charakteristisch dersog. „Mittelschmerz“ (zwischen 2 Menstruationen). **Komplik.:** Peritonitis, Para- bzw. Perimetritis, Urethritis, Kolpitis, Salpingitis, Pyosalpinx. **Diff.-Diagnose:** E. cervicis acuta et chronica cf. Cervikalkatarrh u. Cervixerosion. E. corporis: Durch Auswischen mit watteumwickelter Playfair'scher Sonde, die leicht in den weiten Uterus eindringt, wird Beschaffenheit des Sekrets festgestellt; ev. Schultze'scher Probetampon. Bei verdächtigen Fällen Probecurettage u. mikroskopische Untersuchung. **Therapie:** E. cervicis acuta et chronica cf. Cervikalkatarrh. Bei E. corporis acuta alle eingreifenden örtlichen Massnahmen verboten (cf. Puerperalfieber). Bei E. corporis chronica Bettruhe während der Menses. Contractionsanregende Mittel (Rp. 98—102). Beseitigung von Lageveränderungen, Geschwülsten des Uterus. Behandlung allgemeiner Zirkulationsstörungen (Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen). Regelung des Stuhls. Am wirksamsten Entfernung der erkrankten Schleimhaut durch Curettage (cave bei Tubengravidität u. Pyosalpinx!) mit folgender Einspritzung von Jodtinktur oder 25 % Carbolalkohol mittels Braun'scher Spritze. Bei starken Blutungen nach ev. wiederholter Curettage Dilatation, Abtastung des Uterusinneren, Atmokausis (nur durch Spezialisten); in verzweifelten Fällen vaginale Totalexstirpation.

Kayser.

**Endotheliome der Haut.** **Sympt.:** Zahlreiche, scharf abgegrenzte, harte Geschwülste mit höckeriger, knolliger Oberfläche. Prädilektionsstelle der Kopf, der wie mit Tomaten besät aussieht. **Therapie:** Chirurgische Entfernung. Cf. Cancroid.

M. Joseph.

**Enges Becken.** Im geburtshilflichen Sinn vorhanden, wenn einer der Hauptdurchmesser um  $1\frac{1}{2}$ —2 cm verkürzt ist. Normale Beckenmaße: Distantia spinarum 25 cm, D. cristarum 28 cm, Conjugata ext. 20 cm, Conj. diagonalis 13 cm, Conj. vera 11 cm, D. troch. ant. 32 cm. **Formen u. Ätiol.:** 1. Gleichmässig allgemein verengtes B., Kindliche Entwicklungsstufe, am hochgradigsten bei Zwergbecken. Conj. vera selten unter 9 cm. 2. Plattes B. a) Einfach plattes B. (Übermässige Belastung in den Entwicklungsjahren. Doppeltes Promontorium). Conj. vera nicht unter 8 cm. b) Rachitisch-plattes B. Rachitis. Nur Eingang verengt, Ausgang geräumiger als normal.

Conj. vera bis 4 cm. 3. Allgemein verengtes plattes B. Kombination von 1. u. 2. Rachitis, deren Charaktere auch sonst erkennbar. 4. Asymmetrisch oder schräg verschobenes B. Skoliose, einseitige Luxation, Coxitis, Klumpfuß, schlecht geheilte Knochenbrüche. 5. Trichterbecken. Druck auf Kreuzbein, das infolge abnormen Hochstands des Promontoriums nach hinten getrieben wird. Normaler Beckeneingang. Verjüngung nach dem Ausgang. 6. Schräg verengtes B. Infolge angeborener kümmerlicher Ausbildung eines Kreuzbeinflügels u. Synostose des Ileosacralgelenks asymmetrische Gestalt (schrägliegendes Oval) des Beckeneingangs. Syn. Naegele'sches B. 7. Querverengtes B. Infolge angeborenen Fehlers beider Kreuzbeinflügel Verkürzung sämtlicher Querdurchmesser bei normalem graden Durchmesser (= Robert'sches B.). Oder infolge auf Gibbus beruhender dorsaler Retroposition des Kreuzbeins trichterförmige Verengung des queren Durchmessers bei Verkürzung des geraden bes. im Beckeneingang (kyphotisch-querverengtes B.). 8. Osteomalacisches B. Infolge Drucks des Rumpfs u. Gegendrucks des Schenkelkopfs schnabelförmiges Vorspringen der Schamfuge u. Verengung des ganzen Beckenkanals; mitunter in partu erweiterungsfähig („Gummibecken“). Cf. Osteomalacie. 9. Spondylolisthetisches B. Infolge Abgleitens des ersten Lendenwirbels nach vorn u. gleichzeitiger Verdrängung des Kreuzbeins nach hinten Verkürzung des geraden Durchmessers. 10. Geschwulstbecken. Exostosen, bes. am Ansatz von Sehnen („Stachelbecken“); Enchondrome; Osteosarkome. Geschwülste können das ganze kleine Becken verlegen. Cf. Beckengeschwülste. *Sympt.*: 1. Allgemeines: In den letzten Schwangerschaftsmonaten „pendulierender Uterus“, hoher Stand der Frucht. Folge: bei kleinen Frauen Hängebauch, bei grossen Spitzbauch; häufig abnorme Lagen (Quer-, Fuss-, Gesichtslagen). Infolge mangelhafter Ausfüllung des unteren Gebärmutterabschnitts durch den Kopf Blasenprung bei mangelhaft erweitertem Muttermund, Vorfall kleiner Teile (cf. Extremitätenvorfall), Nabelschnurvorfall\*. Für Geburtsverlauf ausser Grad der Beckenverengung entscheidend: Wehen, Grösse u. Konfigurationsfähigkeit des Kopfes. Geburtshilfliche Bedeutung der Beckenverengung am grössten in der Austreibungsperiode. Bei Unmöglichkeit der Spontangeburt u. Fehlen von Kunsthilfe erfolgt Uterusruptur\*, seltener Zerreißen der Beckengelenke. Bei Verengungen mittleren Grades wird der Schädel durch „Stellwehen“ (= Wehen ohne Drang zum Mitpressen) derart konfiguriert, dass hinteres Scheitelbein unter das vordere tritt; Austreibung erfolgt durch „Presswehen“. Infolge verzögerten Geburtsverlaufs stets vermehrte Infektionsgefahr. 2. Spezielles: a) Bei gleichmässig allgemein verengtem



B. extreme Beugung u. dadurch bedingte walzenförmige Verlängerung des Schädels (ev. Täuschungen betr. des Standes des Kopfes!). Venöse Stauung u. Oedem der äusseren Genitalien. b) Bei plattem B. stellt sich sagittaler Kopfdurchmesser in den Querdurchmesser, bis der Beckeneingang passiert ist: Vorderscheitelbeineinstellung. **Komplik.:** S. o. Ferner Hinterscheitelbeineinstellung\*. Abquetschung der Cervix am Promontorium. Narbige Verziehung des vorderen Scheidengewölbes. Bildung einer Harnfistel\*. Am kindlichen Schädel ev. Frakturen oder Druckspuren bzw. löffelförmige Impressionen. **Therapie:** A. Allgemeines: In den letzten Monaten der Schwangerschaft Versuch berechtigt, unter genauer Beobachtung des mütterlichen Befindens durch Entziehung eines Bruchteils der Nahrung oder Entziehung von Kohlehydraten u. Flüssigkeit (Prochownik) Kind klein u. mager zu erhalten; praktisch ohne wesentliche Bedeutung. Bei e. B. mittleren Grades (bis zu 7,5 cm), zumal nach früheren schweren Geburten, ev. künstliche Frühgeburt (am besten durch einfachen Blasenstich); nicht vor der 34. Woche (Mortalität der Mutter 1—2 %, der Kinder ca. 30 %). Für Geburtsleitung ist bei allen hochgradigen Beckenverengungen spezialistische Erfahrung erforderlich; am besten Überführung in Krankenhaus (auch intra partum). Therapie des Praktikers: a) Bei totem Kind: Perforation (wenn möglich, mit sofortiger Extraktion). b) Bei lebendem Kind: wenn anderweitige gefahrlose Entbindung unmöglich, ebenfalls Perforation. Prinzipiell Entbindung in Walcher'scher Hängelage. Durchtritt des Kopfs ist durch Hofmeier'sche Impression zu unterstützen. B. Spezielles: 1. Bei Conj. vera bis zu 5,5 cm bei plattem B., bis unter 6 cm bei allgemein verengtem plattem B. Kaiserschnitt aus „absoluter Indikation“. Vor der 28. Woche spontaner Verlauf; ev. Zerstücklung. Bei osteomalacischem B. ist bei nicht zu hochgradiger Verengung (Entfernung der Tub. isch. über 5,5 cm) Spontanverlauf möglich. 2. Bei Conj. vera von 7 cm bis 5,5 cm bei plattem B., bis 6 cm bei allgemein verengtem plattem B. bei klinischer Behandlung, wenn Kind gerettet werden soll, Kaiserschnitt aus „relativer Indikation“. Kontraindikation: lange Geburtsdauer, Infektionsverdacht oder bei lebendem lebensfähigen nicht ausgetragenen Kind Hebosteotomie; bei Behandlung durch den Praktiker: bei Frühgeburt, wenn möglich, spontaner Verlauf; sonst Perforation u. Kranioklasie. 3. Bei Conj. von 9—7 cm zunächst abwarten. Fruchtblase möglichst lange erhalten (Ruhe, Bettlage ev. Hängebauch aufbinden). Metreurynter, auch noch nach dem Blasensprung, verhindert zweckmässig den allzu reichlichen Abfluss von Fruchtwasser. Nach Erweiterung des Muttermundes Grösse des Kopfes (durch Einpressen nach P. Müller, ev. nach Einführung der

halben Hand in Narkose!) u. Einstellungsmodus feststellen. a) Bei guten Wehen, richtiger Einstellung, von Zeit zu Zeit Geburtsstatus feststellen (bei Mehrgebärenden auf Contractionsring achten!). b) Bei schlechten Wehen, bei Mehrgebärenden mit schlaffen Bauchdecken u. dadurch bedingtem Fehlen richtiger Einstellung des Kopfes (Hinterscheitelbeineinstellung\*, gesenkte kleine Fontanelle bei plattem B., tiefstehendem Vorderhaupt bei allgemein verengtem B., Stirn-Gesichtslage) Wendung auf den Fuss, zumal bei Mehrgebärenden. Verlauf früherer Entbindungen beachten! c) Wenn Kopf engste Stelle überwunden hat, bei lebendem Kind u. Indikation zur Geburtsbeendigung Zangenversuch (nach entsprechender Orientierung der Angehörigen!), wenn erfolglos bei genügender Assistenz Spaltung des Beckenrings (durch subcutane Symphyseotomie oder Hebesteotomie); bei Behandlung durch den Praktiker ausserhalb der Klinik Kraniotomie des lebenden Kindes. — Kayser.

**Enteritis acuta.** Akuter Darmkatarrh (häufig zusammen mit Gastritis\*). *Ätiol.:* Aufnahme verdorbener oder stark reizender Nahrungsmittel, Überladungen des Magens, Erkältungen, bakterielle Infektionen, Intoxikationen. *Sympt.:* Bei Erkrankung des gesamten Darmkanals Diarrhöen\*. Bei isolierter Erkrankung des Dünndarms häufig Obstipation; in diesem Falle diffuser Schleimgehalt der Faeces. Bei isolierter Erkrankung des Dickdarms Schleimüberzug auf den Faeces. Manchmal geringe Blutbeimengung. Geruch meist stark penetrant. Farbe sterkoral bis reiswasserähnlich entsprechend der Häufigkeit der Entleerungen. — Je nach Intensität u. Ätiologie des Prozesses Fieber u. Störungen des Allgemeinbefindens (Mattigkeit, Prostration). Bei infektiösen Formen Milzschwellung. Lokal häufig Meteorismus, Kollern im Leib, Leibscherzen, Koliken, Tenesmus. In schweren Fällen kollapsähnliche Zustände. Bei gleichzeitiger Affektion des Magens Übelkeit u. Erbrechen; Katarrhe des Duodenums führen häufig zu Ikterus catarrhalis. *Diff.-Diagnose:* Typhus\* im Beginn oft schwer auszuschliessen (Roseola, Bakteriennachweis, Agglutination); s. a. Cholera, Dysenterie. *Prognose:* Im allgemeinen günstig. Nur für Kinder u. ältere oder geschwächte Personen gefährlich. *Therapie:* Bei Diätfehlern u. toxischer Enteritis zuerst Abführmittel (1—2 Essl. Ricinusöl oder 1—2 × 0,25 Kalomel); dann Antidiarrhoica (Rp. 7 ff.): Tannalbin, Tannoform, Tannokol, Tannothymal, Eutannin je 1,0, Tannigen 0,5 mehrmals tgl. Ferner Tinct. Opii simpl. oder crocata 3—5 × 10—15 Tr. (nicht bei Kindern!). Bei Tenesmus Suppositorien mit 0,05 Extr. Opii oder 0,03 Extr. Opii u. Extr. Belladonnae. Wärmeapplikation auf den Leib (Priessnitz, wollene Binde, Thermophor, Wärmeschlangen). Diät: Anfangs 1—2 Tage nur Tee (ohne Zucker)

mit Rotwein oder Cognac. Dann flüssige reizlose Kost: Schleimsuppen, weiche Eier, Kalbsfricassee usw., geröstetes Brot; als Getränke Tee, tanninreiche Rotweine. Bei Fieber oder schlechtem Allgemeinbefinden Bettruhe. — Späterhin noch längere Zeit Vorsicht vor Diätfehlern, Erkältungen. — Bei Obstipation Sal Carolinum nüchtern in lauwarmer Lösung, Einläufe (ev. mit Tannin). Cf. Myxoneurosis\* intestinalis, Sigmoiditis\*, Proctitis\*.

Beuttenmüller.

**Enteritis chronica.** Chronischer Darmkatarrh. *Ätiol.:* Häufige akute Katarrhe; chronische Nahrungsschädlichkeiten u. Intoxikationen, Missbrauch von Abführmitteln. Ferner zurückbleibend nach Typhus\* u. Dysenterie\*. Stauungskatarrhe bei Herzaffektionen u. Leberleiden. Sekundär im Anschluss an Neubildungen u. Stenosen des Darms. Häufig bei Gastritis\* atrophicans. *Sympt.:* Auftreibung des Leibes, Flatulenz, Druck u. Kollern im Leibe; öfters Schmerz u. Koliken. Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Abmagerung; häufig Kopfschmerzen, Schwindel, Reizbarkeit. Anfangs meist leichte Obstipation, später abwechselnd Obstipation u. Durchfälle; in schweren Fällen beständig Durchfälle. Stets Schleimbeimengung (cf. Enteritis acuta). Schlechtes Aussehen, Meteorismus, Druckempfindlichkeit des Colons. *Diff.-Diagnose:* Wichtig Schleimgehalt des Kotes (auch bei spastischer Obstipation\* übrigens geringe Mengen). Rectaluntersuchung (Carcinom!). Bei nervöser Dyspepsie\* Launenhaftigkeit der Beschwerden. Magenuntersuchung! Cf. Diarrhoe. *Prognose:* Langwierig, häufig Rückfälle. *Therapie:* Beseitigung der Grundkrankheit (Herzleiden\*, Achylie\* usw.) u. einwirkender Schädlichkeiten; Vorsicht vor Erkältungen. Am besten einige Zeit Anstaltsbehandlung. Verbot aller chemisch, mechanisch, thermisch reizenden Nahrung: rauhes Brot, saure u. gewürzte Speisen, unpassierte Gemüse, Fette mit Ausnahme von Butter u. Rahm, kalte Getränke. Dagegen Schleimsuppen, feine Mehlbreie, Eier, zartes Fleisch, Kartoffelbrei, ev. auch Kompotte, speziell Heidelbeeren; geröstetes Brot, Zwieback; Rotwein, Tee, Kakao. Bei Diarrhöen Adstringentien (s. d.); gut auch grosse Tannineinläufe. Zu Trinkkuren eignen sich bei normaler Acidität oder Superacidität des Magensaftes Karlsbad, Marienbad usw.; bei Sub- u. Anacidität Homburg, Kissingen, Wiesbaden. Bei Koliken Rp. Extr. Belladonnae, Extr. Opii  $\text{aa}$  0,3, Pulv. et Succi Liquiritiae q. s. ad pilul. XXX. S. 2—3  $\times$  tgl. 1 Pille; oder Valeriana (Rp. 85).

Beuttenmüller.

**Enteritis follicularis der Säuglinge.** *Ätiol.:* Infektion mit Streptokokken oder Ruhrerregern. *Sympt.:* Ruhrartige Erkrankung des Dickdarms: 1. Unter starkem Tenesmus häufige, aber nur geringe aus Eiter, Schleim u. Blut bestehende

aashaftstinkende Entleerungen. 2. Fieber, starke Gewichtsabnahme u. Störung des Allgemeinbefindens (Unruhe, Appetitmangel, fahles Aussehen, schlechter Schlaf). Protrahierter Verlauf, Ausgang zweifelhaft. **Komplik.:** Intertrigo, multiple Abscesse u. phlegmonöse Erkrankungen, katarrhalische Pneumonien, Pleuritis, Empyem, Otitis media, Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis, Peritonitis, Krämpfe, eitrige Meningitis. **Therapie:** Nahrungsentziehung durch 24—48stünd. Teediät (Saccharin) u. 3 Tage lang 2 stdl.  $\frac{1}{2}$  Teelöffel Ricinusöl (nicht Kalomel). Wenn nötig Kampfer subcutan 0,1—0,2 2- bis 3 stdl. u. kalte Einpackungen. Danach 3—5 Tage Mehlabkochungen (Saccharin) u. darauf Liebig'sche Suppe (cf. Säuglings-Ernährungsstörungen). Später Milch, wenn möglich Frauenmilch. Reparation nur langsam. Hasenknopf.

**Enteroptose.** Meist schwächliche „enteroptotische“ Konstitution (spitzer epigastr. Winkel, 10. Rippe fluktuierend, schmaler Thorax); Nervosität; Anämie. Meist bei Frauen. Am häufigsten Ren mobilis u. Gastropotose, dann Koloptose (ein oder mehrere Schlingen, ev. bis ins kleine Becken) u. bewegliche Leber (Lig. suspensorium gedehnt, Leber nach unten verlagert, reponibel) u. Milz. Oft kombiniert. Meist erworben: schlaffe Bauchdecken (bes. nach Gravidität), Schnüren (auch Rockbänder), schwere Arbeit, Husten, Traumen, Obstipation, vor allem bei Abmagerung; um so leichter entstehend, wenn Disposition (langes Mesenterium) angeboren. **Sympt.:** Sehr oft ganz symptomlos u. zufälliger Befund; jedoch leicht funktionelle (nervöse) Magenstörungen.

a) **Gastropotose.** Magen im ganzen oder nur Pylorus (Vertikalstellung), oder Schlingenform. Sehr häufig dyspeptische Beschwerden aller (meist nervöser) Art; bes. Druck direkt nach Essen, vor allem bei grösseren Mengen; rasche Sättigung, kein Appetit; bei längerem Stehen, schwerer Arbeit stärker. Kein Schmerz. Epigastrium oft sichtbar eingesunken. **Komplik.:** Ulcus, Gastrektasie, chron. Gastritis, Sub.- u. Hyperacidität, Insuffizienz, aber auch oft ganz normale Verhältnisse. Gewöhnlich chron. Obstipation.

b) **Ren mobilis.** Meist rechts; sehr häufig. Nur unterer Pol oder halb oder ganz bei tiefer Inspiration zu fühlen (Seiten-, Knieellenbogenlage!). An sich selten Beschwerden machend, meist nervöser Art. Meist gleichzeitig Gastropotose. Enteritis chron., Colica mucosa, C. membranacea, Gallensteine, Schnürleber, Tumoren, Perityphlitis ausschliessen! Einklemmung (Achsendrehung) sehr selten; dann Frost, Fieber, Kollaps, Schmerz, weniger Harn (Hydronephrose), Gegend sehr empfindlich.

**Therapie:** Psychische Behandlung (beruhigend). Wenn leichte Beschwerden, wie bei Neurasthenie\*. Wenn Abmagerung, Mast- u. Ruhekur. Krämpfe, Schmerzen meist anderswoher (s. o.). Magenmassage nach Essen, Faradisieren (Obstipation), Abreibungen mit Franzbranntwein. Stomachica: Rp. Tinct. Nuc. vom. 5—10,0, Tinct. Gentian. oder Rhei vin. 20,0, 3 × tgl. 30 Tr. ½ Std. vor Essen auf Zucker oder in Wasser; oder Rp. 158; wenn zu wenig Salzsäure, Rp. 162. Kein Korsett, Röcke an Büstenhalter bzw. über Schultern befestigen (Reform), keine Bänder u. Gürtel; elastische Leibbinde ohne Pelotte, ev. mit Haltern an Strümpfen; auch lange Korsetts (inkl. Unterleib). Operationsresultate unsicher. Nervosität zugleich bzw. nachher behandeln.

Arneth.

**Enuresis nocturna.** Bettnässen. „Physiologisch“ bis zum 2. Jahre, abnorm bis zur Pubertät u. länger. **Ätiol.:** Oft neuropathische Belastung, Erregungen, Abnormitäten (Phimose, Wucherungen im Nasenrachenraum). Direkte Ursache wahrscheinlich sowohl Sphincteratonie als Detrusorkrampf. **Sympt.:** Unwillkürliche Entleerung normalen Harns in tiefem Schlaf, wechselnd häufig, oft nach geistiger Anstrengung stärker, in schweren Fällen auch bei Tage. **Diff.-Diagnose:** Centrale Blasenschwäche (mit Rückenmarkssymptomen!), Pollakiurie bei Diabetes, Nephritis, Epilepsie. **Therapie:** Seelische Ruhe, Suggestivtherapie. Frühe Abendmahlzeit mit wenig Flüssigkeit oder Kartoffeln, hartes kühles Lager, Aufwecken zum Urinieren. Strychnin (Rp. 151), Tinct. Rhois aromat. (mehrmals tgl. 10 Tropfen). Galvanisation des Lendenmarks. Urethralbehandlung (Faradisieren) besser vermeiden.

S. Schoenborn.

**Epheliden u. Lentigines.** **Sympt.:** Epheliden (Sommersprossen) entstehen als stecknadelkopfgrosse, nicht scharf begrenzte braune Flecke unter Einfluss des Sonnenlichts an unbedeckten Körperstellen (Gesicht, Hände, Unterarme). Lentigines (Linsenflecke) sind angeborene Pigmentmäler, die im Gesicht, an Händen u. bedeckten Körperstellen als stecknadelkopf- bis linsengrosse, gelbe bis braune u. schwärzliche Flecke auftreten. **Therapie:** Betupfen mit Acid. carbol. liquef.; Hebras Sommersprossensalbe (Rp. Hydrarg. praec. alb., Bismut. subnitr.  $\mathfrak{a}$  5,0, Ungt. Glycerin 20,0). Umschläge 2 × tgl. je 30 Minuten mit 3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> oder 3 × wöchentl. Waschen mit Rp. Sublimati 0,05, Tinct. Benzoes 8,0, Aq. Rosar. 120,0. — Cf. Chloasma.

M. Joseph.

**Epidermispfropf im Gehörgang.** Syn. Gehörgangscholesteatom. Ansammlung geschichteter trockener Epidermassen im Gehörgang bei unverletztem Trommelfell, die das Lumen des Gehörgangs ausfüllen. **Ätiol.:** Stärkere desquamative

Dermatitis des Gehörgangs u. Trommelfells mit Liegenbleiben der abgestossenen Epidermismassen. **Sympt.:** Schwerhörigkeit, Druckgefühl der verstopften Seite. **Komplik.:** Erweiterung des Gehörgangslumens nach vorne gegen das Kiefergelenk, nach hinten gegen die Warzenzellen; selten Durchbruch in diese. **Diff. - Diagnose:** Entfernung u. Besichtigung der weisslich-schillernden Massen. Völlige Ausräumung zeigt das weissliche verdickte Trommelfell ohne Perforation. **Therapie:** Gründliche Ausräumung mit Sonde, Pinzette, Spritze. Tamponade mit 2% Borspiritus, Salicylspiritus, besser alsbald 1 × tgl. Borsalbe; danach Offenlassen des Gehörgangs. Bloch.

**Epidermolysis bullosa hereditaria.** **Sympt.:** Ohne Quaddeln erscheinen auf normaler Haut durch ganz geringfügigen Druck oder Reiben kleine Blasen. Häufigeres Auftreten im Sommer u. hereditär in Generationen bei einer Reihe von Familienmitgliedern. Nach Platzen der Blasen lästige Ulcerationen. Mitunter Infiltrate des Coriums mit Hautatrophie u. Narben (dystrophische Form). Nägel fallen ab u. auf dem Kopfe ausgedehnte Alopecien ohne Narben. **Therapie:** Einfetten u. Aufstreuen von Tannoform. M. Joseph.

**Epilepsie.** **Ätiol.:** 1. Hereditäre Schädigung (bes. Lues, Alkoholismus der Ascendenz), Entwicklungsstörungen: sog. genuine E. 2. Exogene Schädigungen: Gehirn-, Herz- u. Gefässerkrankungen (cardiovasale Epilepsie), Magendarmstörungen, Trauma, Infektionen, Intoxikationen (Alkohol, Blei), bes. auf durch 1. prädisponiertem Boden: erworbene E. 3. Als vorübergehende oder dauernde Begleiterscheinung zahlreicher Erkrankungen (Meningitis, Encephalitis, Hirnabscess, Hirntumoren, Urämie usw.): symptomatische u. Jackson'sche E. Bei allen Formen können Anfälle gelegentlich ausgelöst werden durch Narbendruck (Reflex-E.), Verdauungsstörungen, Aufregungen, usw. **Beginn:** Häufig schon in den ersten Kinderjahren oder in der Pubertät (Früh-E.); wenn nach dem 30. Lebensjahre (Spät-E.), meist durch organische Erkrankung des Gehirns bedingt. **Sympt.:** Bei echter E. Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust, periodisch auftretende Bewusstseinsstörungen, fortschreitende Veränderung der Psyche.

a) **Anfälle:** Grosse Anfälle häufig durch Aura eingeleitet, dann Aufschrei, Bewusstseinsverlust, Blässe oder Cyanose, tonische, dann klonische Krämpfe allgemein oder von bestimmtem Typus (eine Körperseite bevorzugend) Zungenbisse, manchmal Pupillenstarre, stertoröses Atmen, terminaler Schlaf. Bei rudimentären Anfällen (Petit mal) leichte kurze Bewusstseinsstrübung, oft mit Blässe und Schwindel. Bei allen Anfällen häufig unfreiwilliger Urinabgang. Beim Status epilepticus ge-

häufte Anfälle ohne Wiederkehr des Bewusstseins zwischen den einzelnen Anfällen, meist mit Temperatursteigerung, von schweren Störungen der Atmungs- u. Herztätigkeit gefolgt. Bei corticalen (Jackson'schen) Anfällen auf eine Muskelgruppe oder eine Extremität lokalisierte tonische u. klonische Krämpfe, meist ohne Bewusstseinsverlust; bei Herderkrankungen des Gehirns.

b) **Bewusstseinsstörungen** (Dämmerzustände) vor oder nach den Krampfanfällen (prä- u. postparoxysmale Dämmerzustände) oder an Stelle der Anfälle (Äquivalente) treten auf in Gestalt von Verwirrtheit, Einengung oder Veränderung des Bewusstseins mit verschiedenen Begleitsymptomen (cf. Dämmerzustände); zeitlich scharf umschrieben, häufig von Amnesie gefolgt. Starke affektive Erregungszustände, bes. sinnlose Zornausbrüche durch äussere Vorgänge ausgelöst, masslos gesteigert, können in einen Dämmerzustand übergehen.

c) **Dauernde psychische Veränderungen**: Epileptische Charakterveränderung (gesteigerte affektive Reizbarkeit, zunehmender Egoismus, mangelhafte Reproduktionstreue, gezieltes Wesen), epileptische Demenz (Verlust an ethischen Vorstellungen, verlangsamte Denktätigkeit, hochgradige Urteilsschwäche); epileptische Psychosen vom Charakter anderer funktioneller Psychosen, verbunden mit eigenartigem Schwachsinn.

**Diff.-Diagnose**: Hysterische u. katatonische Anfälle; nur aus dem Gesamtbild des Anfalls zu erkennen, wenn auch Pupillenstarre und Zungenbisse beim hysterischen Anfall selten. Gelegentlich Anfälle echter Epilepsie hysterisch ausgebaut (Hystero-Epilepsie). Abgrenzung der Dämmerzustände von Verwirrungszuständen bei Amentia u. a. akut einsetzenden Psychosen aus dem Zustandsbild allein ohne Kenntnis von Krampfanfällen nicht sicher (zu vermuten aus Narben, Zungenbissen). Bei symptomatischer Epilepsie gegenüber der echten häufig Anfälle von Jackson'schem Charakter, Fehlen psychischer Veränderungen. **Therapie**: Prophylaktisch bei disponierten Kindern Vermeidung von Alkohol und reiner Fleischkost, Beseitigung peripherer Reizquellen (Eingeweidewürmer, Nasenerkrankungen) Bei bestehender E.: a) Verminderung der Anfälle an Zahl u. Intensität durch diätetische Behandlung, Karlsbader Salz, kleine Kalomeldosen, anfangs kein Fleisch, geringe Eiweissmengen, keine Hülsenfrüchte, kein Alkohol. Regulierung der Herztätigkeit, Beseitigung anderer körperlicher Erkrankungen. Antispasmodica; Brompräparate (Rp. 139—142, ausserdem brausende Bromsalze). Höhe der Dose muss ausprobiert werden, nicht über 8,0 pro die! (Zur Vermeidung von Bromakne gleichzeitig Natr. bicarb., alkalische Wässer, öfteres Baden, Abführmittel). Zur Beschleunigung der Bromwirkung Entziehung von Kochsalz

(cave Bromvergiftung!). Kombination von Brompräparaten mit Belladonna, Strophanthus usw. bei gleichzeitig bestehender Herzkrankung (Rp. 47 ff.). Brom-Opiumkur (Flechsich) ohne spezialärztliche Aufsicht zu widerraten. Bei Jackson'schen Anfällen und bei jedem Anfall mit halbseitigem Charakter kommt Trepanation in Frage; ausserdem hier Jodkali. Beim Status epilepticus Darmreinigung, Vermeidung äusserer Reize (dunkles Zimmer), Einlauf mit 2,0 Chloral, 1,0 Veronalnatrium, subcutane Injektion von Amylenhydrat (1,0 : 3,0 Aqua, die Spritze gut schütteln, in den Muskel einstechen), 3—4 Spritzen auf einmal. Bei Erschöpfungszuständen Kochsalzinfusion. Bei häufigen Dämmerzuständen\* oder ausgesprochener psychischer Veränderung Anstaltsaufnahme!

L. W. Weber.

**Chirurgische Therapie** ist bei genuiner E. trotz vereinzelter Erfolge vorderhand nicht zu empfehlen. Bei Reflex-E. hat Narbenexcision am Kopf, aber auch an anderen Körperstellen, ferner spezialistische Behandlung von Nasen-Rachen- oder Ohr-Affektionen schon öfter Heilung gebracht. Bei Jackson'scher E. kommt stets Trepanation über dem betreffenden Rindencentrum u. Excision desselben in Betracht.

Kaposi.

**Epileptiforme Anfälle. Ätiol.:** Organische Hirnerkrankungen, diffuse (bes. Paralyse, Arteriosklerose, senile Hirnatrophie) u. herdförmige (Tumoren, Cysticerken, Erweichungen, Meningitis). Akute u. chronische (bes. Alkohol-, Blei-) Vergiftungen. Einzelne funktionelle Psychosen (bes. Dementia praecox). Infektionskrankheiten (namentlich im Kindesalter), Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen. **Sympt.:** Alle Formen des echten epileptischen Anfalles (Epilepsie). Haupttypen: Jackson'sche Anfälle (nur einzelne Muskelgruppen zucken, kein Bewusstseinsverlust); flüchtige, ohnmachtsartige Anfälle; ausgebildete Krämpfe mit Bewusstseinsverlust. **Diff.-Diagnose:** Echte Epilepsie (nur, wenn keine der hier angeführten Grunderkrankungen zu finden; bei Epilepsie regelmässiges Wiederkehren u. bestimmter Typus der Anfälle, dauernde psychische Veränderungen). Hysterie\*. **Therapie:** Grunderkrankung behandeln. Betr. der Anfälle selbst s. Epilepsie. L. W. Weber.

**Episkleritis. Ätiol.:** Lues, Tuberkulose, Gicht. **Sympt.:** Auffallend geringe Reizerscheinungen. Bläulichroter vereinzelter Knoten im episkleralen Gewebe, auf Druck empfindlich. **Komplik.:** Sklerosierende Keratitis (intensiv weisse zungenförmige Trübung vom Rande her). **Diff.-Diagnose:** Phlyktaene\*. **Therapie:** Warme Umschläge, Aspirin, Jodkalium, Schmierkur, Tuberkulin.

Schieck.

**Epuhis.** Selten rein fibromatöse, meist riesenzellsarkomartige harte Geschwülste erbsen- bis nussgross, die dem



Alveolarfortsatz des Kiefers aufsitzen, in der Regel in der Lücke zw. zwei Zähnen hervorwuchernd; relativ gutartig. Ausgangspunkt Periost, daher bei Operation Tumor samt Periost mitzunehmen. Partielle Operation stets von Recidiv gefolgt.

Kaposi.

**Erbrechen.** Austreibung von Mageninhalt durch den Mund infolge von Reizung des Brechcentrums der Medulla oblongata. Centrale Auslösung bei organischen Gehirn- u. Rückenmarksaaffektionen (Meningitis, Gehirndruck, -Erschütterung, Zirkulationsstörungen, Migräne), Intoxikationen (Morphium usw., Nicotin, Chloroform; Nephritis, Urämie, Cholämie), beginnenden Infektionskrankheiten; bei psychischen Reizen (Ekel, lebhaftes Gemütsbewegungen). Peripher ausgelöst vom Rachen (Kitzeln, Husten), Magen (Krankheiten, Brechmittel, Gifte), Peritoneum, Darm (bei Kindern Würmer!), Blase, Genitalien (Menses, Gravidität); ferner bei Koliken (Gallensteine usw.). Nervöses E. bei Kindern („juveniles“ E.) u. bei Neurasthenie, Hysterie. **Diff.-Diagnose:** Vor dem eigentlichen Erbrechen Nausea (Übelkeit, Salivation); nachher meist Mattigkeit; streng unterscheidet man E. u. Regurgitation beim Aufstossen (ohne Würgen!). E. direkt nach dem Schluckakt bei Oesophagus-Stenosen usw. u. bei Hysterischen. E. innerhalb der ersten 10—15 Min. nach Nahrungsaufnahme meist nervös resp. reflektorisch (Gravidität, Retroflexio, Peritonitis usw.). Bei Magenkrankheiten erfolgt das E. später. Nüchternes E. bei Säuerkatarrh (cf. Pharyngitis), Magensaftfluss\*, Magenerweiterung. Erbrochenes reagiert stark sauer bei Magensaftfluss\*, Superacidität\*, gewöhnlich auch bei Ulcus\*. Diffuser Schleimgehalt bei Gastritis\* (verschluckter Schleim schwimmt obenauf). Reste von Speisen, die tagelang zuvor aufgenommen wurden, bei Magen-erweiterung; Blutbeimengung s. Hämatemesis\*; Kotbrechen s. Ileus\*. Nervöses E. gewöhnlich bei jeder Nahrungsaufnahme, unabhängig von der Qualität der Speisen u. Getränke. Auffallend die meist geringe Abmagerung; ferner die Leichtigkeit des E., das Fehlen der Nausea. Auslösung durch heftige Gemütsbewegung, Traumen, Masturbation, Helminthen bei neuropathischer Disposition. — Stets Magenuntersuchung! Ausschluss von reflektorischem E. (Retroflexio, Hyperemesis gravidarum); Nephritis (!). **Therapie:** Die der Grundkrankheit. Beseitigung von Schädlichkeiten; Ruhe. Symptomatisch: Anästhesin (Rp.5), Cocain (Rp. 1; ohne Zucker!). Chloralhydrat 0,25 in 20,0 Emulsio amygd. dulc. bei Hyperästhesie des Magens. Bei nervösem E.: Vermeidung von Aufregungen; Sedativa (Brom, Valeriana usw.). Suggestion (Elektrizität, Massage usw.). Ev. Luftveränderung. — Cf. folgende Artikel u. Hämatemesis.

Beuttenmüller.

**Erbrechen der Säuglinge.** *Ätiol. u. Therapie:* Bei Brust- u. Flaschenkindern oft Zeichen der Überfütterung; Beseitigung durch Regelung der Diät. Falls Ernährungsstörung Ursache Behandlung dieser (cf. Art. „Säuglinge“). Manche Kinder gedeihen trotz häufigen Erbrechen vorzüglich (Speikinder — Gedeihkinder), andere nicht. Hier bei Fehlen sonstiger auf Ernährungsstörung deutender Zeichen oft Überempfindlichkeit u. motorische Insuffizienz des Magens, bes. Intoleranz gegen Fett (Erbrechen auf konstitutioneller Basis u. oft schon Übergang zu Pylorospasmus\*). Dann gänzlicher oder teilweiser Ersatz der fettreichen durch fettarme Nahrung (verdünnte Milch mit ev. Kohlehydratzusatz, Buttermilch, Magermilch). Bei nicht gedeihenden Flaschenkindern ist Brust anzuraten. *Diff.-Diagnose:* Peritonitis\*, Hernia incarcerata\* sind auszuschliessen. Hasenknopf.

**Erbrechen der Schwangeren.** Der physiologisch in den ersten Schwangerschaftsmonaten bestehende morgendliche Brechreiz kann sich zu unstillbarem Erbrechen (Hyperemesis gravidarum) steigern. *Ätiol.:* Nicht einheitlich; reflektorisch (oft bei Retroflexio uteri gravidi); mitunter hysterische Neurose. *Sympt.:* Ausbrechen jeglicher Nahrung bzw. beständiges krampfhaftes Auswürgen schleimig-galliger Massen bei leerem Magen, oft verbunden mit heftigen Magenschmerzen, starkem Durstgefühl, dauerndem starken Speichelfluss. In schweren Fällen Foetor ex ore; trockene Lippen u. Zunge; spärlicher eiweisshaltiger Urin, kleiner fadenförmiger Puls. In schwersten (seltenen) Fällen rapider Kräfteverfall, Delirien, Tod. •Meist Intermissionen; oft sistiert das Erbrechen plötzlich. *Diff.-Diagnose:* Gehirnkrankheiten, Pylorusstenose, Urämie bei Schwangeren. *Prognose:* Meist gut. *Therapie:* Ev. Aufrichtung des retroflektierten Uterus. Psychotherapie. Suggestiveinfluss des Arztes. Isolierung, wenn möglich in Klinik. Regelung des Stuhlgangs. Ruhige flache Rückenlage. Eisbeutel auf den Magen. Kalte flüssige Nahrung löffelweise. Lange heisse Bäder. Rectaleinläufe, am besten tropfenweise (1 Liter in 1 Stunde); Nährklystiere (ev. auf 1/2 Liter 1 Essl. Kognak). Klysmen mit Zusatz von 1—2 g Bromkali. Per os: Orexinum tannicum oder Cerium oxydul. oxal. (0,3 mehrmals tgl.). In verzweifelten sehr seltenen Fällen Unterbrechung der Schwangerschaft (stets nach Beratung mit zweitem Arzt!); nur vor Eintritt bedrohlichster Erscheinungen erfolgreich.

Kayser.

**Erfrierung.** a) *Lokale.* Drei Grade wie bei Verbrennung\*. 1. Rötung, Schwellung, Parästhesie, Oedeme. 2. Blasenbildung, Eiterung, schlecht heilende Geschwüre. 3. Ausser dem Vorher-

gehenden Mumifikation. **Therapie:** In akuten Fällen langsame Erwärmen. Erst Abreiben mit Schnee oder nassen Tüchern in kalten Räumen; dann Baden in kaltem Wasser, das allmählich auf 30° C steigt. In älteren Fällen aseptische Verbände, Salben, ev. Amputation der abgestorbenen Glieder. — Cf. Frostbeulen, Gangrän.

b) **Allgemeine. Sympt.:** Neben den Hautveränderungen Schlagsucht, die ohne Hilfe unbedingt in Tod durch Erfrierung übergeht; daher nicht niederlegen! Bes. gefährdet alte, schwächliche Leute, Alkoholiker. **Therapie:** Langsame Erwärmung (s. o.), Herzmittel (Rp. 47 ff.). Künstliche Atmung, Hautreize (Sinapismen, Frottieren usw.). Später Glühwein. Kaposi.

**Erregungszustände. Ätiol.:** Bei allen schwereren funktionellen u. organischen Geistesstörungen durch gehobene Stimmung (Manie, Paralyse), Angst (Melancholie), Zornaffekte (Epilepsie), Halluzinationen (Amentia, Delirien), oder primär motorisch bedingt (Dementia praecox). **Sympt.:** Gesteigerter Bewegungsdrang: in leichteren Graden Vielgeschäftigkeit, ständige Unruhe; in stärkeren Graden sinnlose Bewegungen, gewalttätige Handlungen, Zerstörungstrieb (Tobsucht), dazu häufig Rededrang, Ideenflucht oder Inkohärenz, entsprechende Affekte (gehobene Stimmung, Zorn, Angst), mangelhafte Nahrungsaufnahme, ungenügender Schlaf, körperlicher Verfall. **Diff.-Diagnose:** Vor allem Grunderkrankung feststellen. **Prognose:** Bestimmt durch Grunderkrankung. Gefährlich Übergang in Delirium acutum\*. **Therapie:** Behandlung der Grunderkrankung. Symptomatisch in leichteren Fällen Bettruhe, warme Bäder (bis 33° C, 1/2—2 Std.), Ablenkung des Bewegungsdranges durch Beschäftigung, Abhalten äusserer Reize (Besuche usw.); in schwereren Fällen Narkotica: Bromkali bis 6,0 pro die, Chloralhydrat bis 3,0 pro die (Rp. 111, 112), auch Tinct. Opii 15 Tr., Paraldehyd bis 6,0 pro die (Rp. 114), Veronal oder Veronalnatrium, 2 × tgl. 0,5 (Rp. 118), Sulfonal 4 × tgl. 0,5 im Essen 3 Tage lang (wird von erregten Patienten nicht geschmeckt). Bei allen Narkoticis cave Herz! Kombination von Schlafmitteln u. Beruhigungsbädern: Nachmittag Schlafmittel, gegen Abend 1—2 Std. warme (35° C) Bäder, dann Bett. Sogenannte Dauerbäder von 4- u. mehrstündiger Dauer nur unter ständiger Kontrolle von Puls u. Atmung; Vorsicht beim Zulassen des warmen Wassers wegen Verbrennung; meist nur in Krankenhaus durchzuführen. Feuchte Einpackung Vorsicht wegen Herz. Isolieren nur im äussersten Notfall u. wenn keine Selbstmordneigung vorliegt, für kurze Zeit. Ständige Kontrolle der Darmtätigkeit (Abführmittel) u. der Nahrungsaufnahme. L. W. Weber.

**Eructatio.** Aufstossen von Luft oder Speisen (Regurgitieren) aus dem Magen. Symptomatisch bei verschiedenen

organischen u. funktionellen Magenleiden (Gastritis\*, nervöse Dyspepsie\*). Saures Aufstossen bei Superacidität\*, Ulcus\*, Gastritis\* acida; übelriechendes bei Darmverschluss\*, Magenerweiterung. Häufig bei Neurasthenikern, ausserdem noch als bes. Form: E. nervosa, speziell bei Hysterischen beobachtet (meist mit Aërophagie verbunden). In diesen Fällen Aufstossen abnorm laut, brüllend; bald anfallsweise, bald beständig; psychisch beeinflussbar. **Therapie:** Bei saurem Aufstossen Magnesia usta. Bei Darmverschluss\*, Magenerweiterung\*: Beseitigung der Stauung. Sonst suggestiv. Bei anfallsweiser E. nervosa Einklemmen eines Flaschenkorks zwischen die Zähne, so dass Schlucken behindert. Allgemeine antinervöse Behandlung. Beutenmüller.

**Erysipelas.** *Ätiol.:* Akute Infektion der Haut mit Streptokokken in den Lymph- u. Saftbahnen der Cutis. Beginn mit Schüttelfrost u. sehr hohem Fieber, das kaum Remissionen zeigt. Auffallende Rötung u. Schmerzhaftigkeit der erkrankten Hautpartie, Schwellung geringer, sich aber scharf begrenzt abhebend, oft in flammenartiger Bildung. Letzteres differentialdiagnostisch wichtig gegenüber der phlegmonösen Rötung der Haut. Meist als E. migrans weiter schreitend, gewöhnlich central, bis zu plötzlichem Halt an den Stellen veränderter Richtung der Lymphbahnen bzw. Fascienzüge. Gleichzeitig sistiert Fieber u. die starke Beeinflussung des Allgemeinbefindens; letztere entspricht den bekannten Störungen durch akute Infektionen. Neben Rötung auch Blasenbildung bzw. Gangrän von Hautpartien: E. bullosum bzw. gangraenosum. Besonders gefährlich, wenn E. über Schädel bzw. Brustkorb oder Bauchwand zieht, weil Infektion auf dem Wege der Lymph- bzw. Blutbahnen die seröse Innenbekleidung dieser Organräume ergreifen kann. **Prognose:** Stets zweifelhaft. **Therapie:** Nur symptomatisch. Antiseptischer Priessnitz (Sublimat 1 : 1000, Alkohol, essigsauere Tonerde); noch besser milde, schmerzstillende Salben, z. B. 10—15 % Ichthyosalbe; bei Kopfroße Schlafmittel (Morphium); gleichzeitig Stärkung der Herzkraft durch roborierende Diät, Wein usw. — Vor allem Prophylaxe durch strengste Aseptik bei Operationen u. Verbänden. Leser.

**Erysipeloid.** *Ätiol.:* Infektion der Fingerhaut durch Kettencoccus, der von in Zersetzung begriffenen tierischen Geweben übertragen wird; Wildhändler, Metzger bevorzugt. **Sympt.:** Brennend, prikelnde Rötung der Fingerhaut, selten der Hand bzw. des Halses, ohne Störung des Allgemeinbefindens, unerwartet sistierend oder auf Nachbarschaft übergreifend, nicht selten plötzlich recidivierend. **Prognose:** Gut; nie schädliche Folgen. **Therapie:** Säuberung der Haut, milde Salbenverbände (Bor bzw. Ichthyol), Jodtinkturpinselungen. Prophylaktisch:

Nach jeder Beschäftigung mit solchen Geweben sorgfältigste Händereinigung. Leser.

**Erythema.** Ausgebreitete hyperämische Rötungen, auf Fingerdruck leicht verschwindend. Vorübergehend auf angioneurotischer Basis (*E. fugax*), z. B. *E. pudoris*, oder durch äussere Reize wie Sonnenstrahlen (*E. caloricum*), elektrisches Licht (*E. photoelectricum*) oder äussere Medikamente (*E. venenatum*), mehr weniger lange dauernd. Diese *E.* heilen nach Fortfall der Schädlichkeit unter Puderbehandlung ab. — *E. infectiosum*, epidemisch bei Kindern, bes. weiblichen, zeigt sich zuerst im Gesicht, später an Extremitäten (Rumpf u. Schleimhäute verschont) in Form linsen- bis flachhandgrosser intensiv roter nur 1—2 Tage bestehender Flecke, heilt in 5—10 Tagen ohne Fieber oder Allgemeinstörung ab. 1828 in Paris eine Erythem-epidemie, *E. akrodynia*, wobei neben Gelenkschmerzen das *E.* hauptsächlich an Händen u. Füssen lokalisiert u. vielleicht durch den Genuss verdorbener Speisen entstanden war. Auch später ähnliche kleine Epidemien u. sporadische Fälle beobachtet.

M. Joseph.

**Erythema exsudativum multiforme.** *Sympt.:* An Hand- u. Fussrücken, Unterarm u. Unterschenkel, plötzlich ohne Fieber, ev. mit rheumatoiden Gelenkschmerzen, einzelne flache oder etwas erhabene linsengrosse zinnoberrote Flecke, die sich vergrössern u. in der Mitte cyanotisch verfärbt eingesunken erscheinen. Zuweilen um dieses Zentrum mehrere Kreise (*E. iris*), andere Male Knötchen (*Lichen urticatus*\*) oder ein Kranz von Bläschenreihen (*Herpes iris*). Zuweilen dehnt sich Erkrankung über Streckseiten der Extremitäten, selbst über Stamm, Gesicht u. vor allen Mundschleimhaut aus. Meist Heilung in 4—6 Wochen; andere Male remittierendes Fieber, neue Schübe, monatelange Dauer, Komplikation mit Endokarditis oder Pleuritis. Entstehung oft im Anschluss an Anginen, durch embolische Infarkte in die Venen. Cf. *E. nodosum*. *Therapie:* Innerl. Salol, Natr. salicyl.; äusserlich Lotio Zinci (Rp. 209) oder indifferente Salben.

M. Joseph.

**Erythema induratum.** *Sympt.:* Meist an Beugeseite der Unterschenkel, selten anderswo, derbe, unempfindliche, wie gefrorener Speck anzufühlende Knoten, ohne Fieber. Spontane Rückbildung unter Hinterlassung geringer Pigmentierung oder eitriger Zerfall. Affektion ist tuberkulöser Natur; positive Reaktion auf Tuberkulin. Überimpfung auf Tiere u. Nachweis von Tuberkelbacillen gelungen. *Diff.-Diagnose:* Bei *Erythema nodosum* sitzen Knoten auf Vorderseite der Extremitäten; meist Fieber. Beim Hautgummi Erfolg der Jodtherapie. *Therapie:* Allgemeinbehandlung, Arsen (Rp. 21 ff.), ev. milde Tuberkulin-

behandlung. Lokal Umschläge mit essigsaurer Tonerde oder Resorcin.

M. Joseph.

**Erythema nodosum.** *Sympt.:* Isoliert oder zugleich mit Erythema\* exsudativum multiforme entwickeln sich entzündlich infiltrierte blaurote, schmerzhaft, nuss- bis taubeneigrosse Knoten, hauptsächlich an den Streckseiten der unteren Extremitäten. Oft gleichzeitig rheumatoide Schmerzen, Fieber, Erbrechen. Rückbildung gewöhnlich in 2—3 Wochen; andere Male Recidive, monatelange Dauer, Komplikation mit Nephritis, Pleuritis, Endokarditis. Cf. E. induratum. *Therapie:* Wie bei Erythema exsudativum multiforme; ausserdem Bettruhe, Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

M. Joseph.

**Erythrasma.** *Sympt.:* In Inguinal- oder Axillargegend punktförmige bis handteller-grosse, braun verfärbte, rundliche, scharf begrenzte Flecke. Häufig Jucken u. feinkleilige Abschilferung, sehr langsame Entwicklung. Erreger ist Mikrosporon minutissimum. Nachweis durch Abkratzen der oberflächlichen Hornschichten u. Untersuchung in 5 % Kali caustic.; ausserordentlich zarte, kleine Mycelien u. Gonidien. *Therapie:* Abschälung mit Ungt. Wilkinsonii (Rp. 198) oder 2 % Chrysarobin-Traumaticin (Rp. 207).

M. Joseph.

**Erythrodermien, universelle, exfoliierende.** *Sympt.:* Zuweilen bei Ekzem, Lichen ruber, Psoriasis vulgaris durch universelle Ausbreitung Haut vom Scheitel bis zur Sohle gleichmässig rot, gespannt, mit blättereigartigen Schuppen bedeckt. Diese E. nur ein Stadium im Verlaufe genannter Krankheit. Andere Male Erythem von vornherein selbständig, zeichnet sich durch Fehlen von Fieber, feinerer Abschilferung, Verschontbleiben der Haare u. Nägel, gutartigen u. verhältnismässig kurzen Verlauf aus. Grosse Körperflächen geschwollen, gerötet, wärmer als normal. Rötung ist diffus, ungleichmässig, leicht wegzudrücken, im Beginne durch einige blasser Partien unterbrochen u. macht dann einer gelblichen Verfärbung Platz. Die Hornschicht schilfert in Form kleiner, dünner, festsitzender Schuppen ab. Häufig gleichzeitig eine Verdickung der Hornschicht in den Handtellern mit tiefen, Feuchtigkeit absondernden Rhagaden, wodurch Hand unbeweglich wird. Dazu starkes Jucken. *Diff.-Diagnose:* Bei Ekzem Knötchen u. Bläschen im Verlaufe der Erkrankung; hier nur Erythemflecke. Bei Pityriasis rubra tritt zur Rötung u. Schuppung bald Atrophie der gesamten Hautflecke u. Marasmus; hier Allgemeinbefinden ungestört. *Therapie:* Arsen (Rp. 21 ff.), 5—10% Mentholalben, 2% Chrysarobin-Traumaticin, Tumenol-Schüttelmixturen (3 bis 10%).

M. Joseph.

**Erythromelalgie.** *Ätiol.:* Unbekannt; neuropathische

10\*

Anlage, bes. vasomotorische Reizbarkeit. *Sympt.*: Anfallsweise heftige Schmerzen mit starker Rötung der Haut an bestimmten Körperstellen, bes. Fingern u. Zehen; bisweilen Hyperhidrosis, Atrophie der Nägel, Anästhesie, lokale Muskelatrophien. Sehr chronischer Verlauf, Heilung selten. *Diff.-Diagnose*: Schwierig gegen Raynaud'sche\* Krankheit, wo lokale Asphyxie. *Therapie*: Ruhe, stabile Galvanisation mit Anode, Nervina (Rp. 148 ff.).  
S. Schoenborn.

**Erythromelie.** Eine Gefässerkrankung mit Pigmentverschiebung u. sekundärer Hautatrophie an den Streckseiten der Extremitäten, ohne subjektive Beschwerden (im Gegensatz zu Schmerzen bei Erythromelalgie). Chronischer Verlauf, sehr langsames Fortschreiten. Therapie aussichtslos. M. Joseph.

**Exerzierknochen.** *Ätiol.*: Wiederholte Reizung des Periosts bzw. seiner inneren (Osteoblasten-)Schicht. *Sympt.*: Bildung abnorm vorstehender, mehr minder grosser, umschriebener, schmerzloser Knochenauswüchse (= periostalen Exostosen\*); mit Vorliebe an Stellen, die beim Exerzieren Insulten ausgesetzt: Schlüsselbein, Schulterblatt, Rippen oder als Reitknochen Innenfläche der Oberschenkel. Können durch Lagerung, Druck auf Nervenstämmen lästig werden. *Therapie*: Abmeisselung nach Freilegung der erkrankten Stelle, falls Beschwerden erheblich.  
Leser.

**Exostosis.** E. cartilaginea: Entweder verknöchern des Chondrom (Einwachsen von Blutgefässen in dasselbe) oder Folge von Fehlern bei Anlage des Skelets oder beim Wachstum des Knochens; traumatisch oder kongenital, oft hereditär. Mit Längenwachstum des Knochens sich scheinbar von Ursprungsstelle entfernend; oft multipel. — E. bursata mit Gelenkkapsel ähnlicher Haube, die Synovia u. Gelenkkörper enthalten kann. — E. periostalis Folge von Reizung des Periosts (innere Schicht); Sitz an jeder Knochenstelle möglich (cf. Exerzierknochen). — *Sympt.*: Entweder elfenbeinhart (E. eburnea) oder spongiös (E. spongiosa); periostale E. nicht mit Knorpelschicht umgeben. Umschriebene knochenharte, gutartige Tumoren, meist unbeweglich am Knochen haftend oder, wenn abgebrochen, frei beweglich in den Weichteilen; ohne Beschwerden, falls nicht ihr Sitz Unbequemlichkeiten verursacht. *Therapie*: Freilegung u. Abmeisselung, falls Beschwerden lästig.  
Leser.

**Exsudative Diathese der Säuglinge u. Kinder** (Czerny). *Ätiol.*: Kongenitale Anomalie des Organismus, insbes. bei Säuglingen Störung der Fettausnutzung der Nahrung. *Sympt.*: 1. Mangelhaftes Gedeihen. 2. Landkartenzunge, Gneis- u. Milchschorf, leichtes Wundwerden der Haut in den Falten

(vorwiegend bei Säuglingen). 3. Strophulus, d. i. stark juckende Knötchen- resp. Quaddelbildung in der Haut (bei Säuglingen wie bei älteren Kindern). 4. Neigung zu Angina, Pharyngitis, Bronchitis u. Asthma, welch' letzteres zu Emphysem u. fassförmigem Thorax führt (bei älteren Kindern). **Komplik.:** Hartnäckiges Ekzem durch Infektion der gen. Hautaffektionen. Chronische Hyperplasie des Rachenringes als Folge häufiger Anginen. Chronische Drüsenschwellungen (Status lymphaticus, hierbei zuweilen plötzlicher Tod). **Therapie:** Bei Säuglingen knappe Ernährung, auch an der Brust, so dass nur langsame Gewichtszunahme. Frühzeitig Beikost u. sobald als möglich frische Vegetabilien (Gemüse, Obst). Dasselbe Regime bei älteren Kindern (wenig Fleisch, keine Eier). Aufenthalt im Hochgebirge von Vorteil. Bei Ekzem\* oft lokale Behandlung nötig: Losweichen der Schorfe mit Öl u. Bedecken der wunden Stellen mit Rp. Ol. Cadini 10,0, Zinc. oxyd. 50,0, Lanolin 25,0, Vaseline ad 100,0; in leichteren Fällen mit 10 % Zinkvaseline. Abschliessender Verband u. Festbinden der Händchen, um Kratzen zu verhüten. Im übrigen symptomatisch. Bei Asthma Jodkali, bei Emphysem Atemgymnastik durch methodische Thoraxkompression. Hasenknopf.

**Extrauterinschwangerschaft.** Ansiedlung des befruchteten Eies in Tube oder Ovarium. **Ätiol.:** Meist wohl abgelaufene Entzündungen der Tubenschleimhaut mit Faltenverwachungen (Gonorrhoe), Abknickungen der Tube, zahlreiche Windungen (Infantilismus), Geschwülste, die Tubenlumen verlegen. **Sympt.:** Ausbleiben der Menses, nach einigen oder mehreren Wochen Blutung mit Abgang einer Haut, so dass uteriner Abort angenommen wird. Auftretende wehenartige Schmerzen in einer Seite, andauernder Blutabgang aus den Genitalien. (Tubarer Abort). Oder plötzlicher Kollaps mit allen Zeichen innerer Blutung, nachdem die Regel einige Wochen oder kaum von Pat. bemerkt weggeblieben ist (Tubenruptur). Oder Schwangerschaft bleibt bestehen, Kranken kommen zum Arzt, weil keine Kindsbewegungen mehr da sind, oder weil der Leib Abnormitäten zeigt u. Kind nicht geboren wird. (Ausgetragene Tubenschwangerschaft, resp. Kind in der Bauchhöhle, beg. Lithopädiombildung, sehr selten.) **Diff.-Diagnose:** Bei uterinem Abort Uterus vergrößert, weich, Muttermund häufig passierbar, Adnexe nicht verändert. Bei tubarem Abortus Uterus nur gering vergrößert, äusserer Muttermund u. Cervikalkanal völlig geschlossen; auf einer Seite fühlt man verdickte u. weiche Tube. Ist Ei schon aus Tube mehr weniger ausgetrieben, ist damit Hämatocelenbildung erfolgt, so fühlt man Uterus nach vorne resp. einer Seite verdrängt, dahinter oder daneben, in seltenen Fällen auch vor ihm die weiche, sich teigig



anfühlende Geschwulst, in welche die verdickten Anhänge der einen Seite übergehen. In diesem Stadium u. auch, wenn Ei noch nicht aus der Tube ausgestossen, Abgrenzung gegen Pyosalpinx u. ev. perimetranes Exsudat sehr schwer; oft nur durch Probepunktion, resp. Probeincision vom hinteren Scheidengewölbe zu entscheiden, da Anamnese im Stich zu lassen pflegt. Bei noch akuter Gonorrhoe eines der Ehegatten immer zuerst an Pyosalpinx denken! Bei plötzlichem Kollaps geschlechtsreifer Frau, verbunden mit allgemeiner Anämie ohne äussere Blutung, zuerst immer Tubenruptur annehmen. Bei Tubenschwangerschaft in der zweiten Hälfte muss der kleine Uterus vom Fruchtsack abgrenzbar sein; Ligg. rotunda gehen nicht vom Tumor ab; unter Umständen Kindsteile fühlbar, kindliche Herztöne vorhanden. Ist Frucht abgestorben, kann Diagnose unmöglich sein. **Therapie:** Nur operativ in jedem Stadium. Laparotomie fast für alle Fälle vorgezogen. Ausnahme nur bei Fieber, so dass anzunehmen ist, dass Eisack oder schon ausgebildete Hämatocele verjaucht sind. Dann Incision vom hinteren Scheidengewölbe, Entleerung des Eiters resp. faulenden Blutes, Einlegen eines Drainrohres. Abwartende Therapie heute nur noch bei kleinen u. rasch schrumpfenden Hämatoceelen, bei denen anzunehmen ist, dass das Ei vollständig aus der Tube ausgestossen ist.

Fromme.

**Extremitätenvorfall.** Wenn Weichteile den vorangehenden Kindsteil nicht völlig abschliessen, kann eine Extremität sich neben oder vor den vorangehenden Teil lagern u. beim Blasensprung vorfallen. **Ätiol.:** Querlage; Beckenendlage; bei Schädellage nur, wenn durch abnorme Fruchtwassermenge, enges Becken oder Metreurynter richtiges Eintreten des Kopfes verhindert wird. **Therapie:** Beim Vorliegen eines Arms neben dem Kopf bei stehender Blase, falls Spontangeburt zulässig, Lagerung der Kreissenden auf die der vorliegenden Extremität entgegengesetzte Seite (ev. bei Erfolglosigkeit manuelle Reposition des Arms, wenn möglich erst nach völliger Erweiterung des Muttermundes); nach dem Blasensprung Reposition des Arms (Querbett! Narkose!). Manuelle Einstellung des Kopfes u. Lagerung auf die Seite des Rückens. Bei Unmöglichkeit der Reposition, wenn möglich, Wendung u. bei genügend erweitertem Muttermund Extraduktion; sonst abwarten u. bei Indikation zur Geburtsbeendigung Zange, bei totem Kind Perforation. Bei Vorfall des Fusses bei Kopflage (bei reifer Frucht sehr selten), Repositionsversuch; wenn erfolglos, zumal bei genügend erweitertem Muttermund, Wendung auf den Fuss. Vorfall des Arms bei Beckenendlagen (gleichfalls selten) erfordert keine Behandlung.

Kayser.

**Facialiskrampf** (Tic convulsif). *Ätiol.*: Tonische Contractur u. (seltener) klonische Zuckungen nach Facialislähmung\*, nicht selten ev. dauernd zurückbleibend. Oft aber Krankheit sui generis. Tonischer, auch klonischer Krampf auf organischer Grundlage (Tumor mit Facialiskompression) sehr selten. Am häufigsten klonische Zuckungen auf nicht organischer Basis, entweder psychogen (Tic), oder reine nicht psychogene Neurose (Spasmus facialis). Reflektorisch bei Zahnleiden, sonst bei Neuropathen nach Erregung oder spontan. *Sympt.*: Meist einseitige, in kurzen Intervallen auftretende kurze, selten tonisch werdende Zuckungen der Facialis Muskulatur der ganzen Gesichtshälfte oder eines Teiles, namentlich des Orbicularis oculi (Blepharospasmus). Zunahme bei Erregung, Kauen, Sprechen. Stapedius u. Gaumensegel selten beteiligt. Verlauf sehr chronisch. *Komplik.*: Häufig Psychoneurosen, bes. Hysterie. *Prognose*: Ungünstig; häufig Remissionen, aber selten Heilungen. *Therapie*: Bisweilen causal möglich (Zahnextraktionen). Sonst Suggestivtherapie, Behandlung der neuropathischen Anlage. Brom, Arsen, Elektrotherapie (schwache stabile Anodenbehandlung des Nerven); Massage mit Vorsicht. Übungsbehandlung der einzelnen Muskeln. Bei artefizieller therapeutischer Facialislähmung (Durchschneidung, auch Pfropfung, Alkoholinjektion) Dauererfolg zweifelhaft. S. Schoenborn.

**Facialislähmung.** Häufigste isolierte Nervenlähmung. *Ätiol.*: Erkältung (Zugluft) oft gleichzeitig mit infektiösen Schädlichkeiten (Angina, Gicht, Lues). Otitiden, Felsenbeincaries. Traumen, bes. bei Felsenbeinfraktur. Meningitis. Selten bei Pons tumor (dann oft doppelseitig, Diplegia facialis), alkoholischer Polyneuritis, angeboren, als Geburtslähmung. Nicht selten central als Teilerscheinung einer Hemiplegie (dann nur Mundmuskulatur beteiligt, keine Ea R.). *Sympt.*: Meist plötzlich, bisweilen nach vorausgehenden Schmerzen oder Gesichtsschwellung „hängt“ die eine Gesichtshälfte, bes. der Mundwinkel, Auge steht weit offen, Stirn falten der gesunden Seite hören in der Mitte auf. Defekt wird deutlicher bei Prüfung der Muskeln: Mundspitzen, Pfeifen, Lachen, Aufblasen der Wangen, Augenschluss, Stirnrunzeln; Augenschluss oft unmöglich (Lagophthalmus). Öfters Gaumensegel, Ohrmuskeln (auch innere: abnorme Feinhörigkeit, Sausen) u. Geschmack auf den vorderen  $\frac{2}{3}$  der Zungenhälfte (Chorda tympani!) betroffen. Wichtig Verhalten der elektr. Erregbarkeit: normal (leichteste), partielle Ea R (mittelschwere), komplette Ea R. (schwere Lähmung). *Diagnose* meist leicht. Wichtig Bestimmung des Ortes der Läsion. Rindenlähmung: Nur Mundfacialis, keine Ea R. Pontine u. basale Lähmung: Abducens oder Acu-

sticus beteiligt. Lähmung innerhalb des Felsenbeins central vom Abgang der Chorda tympani: Beteiligung von Geschmack, Speichelsekretion, Feinhörigkeit, vielleicht Tränensekretion. Lähmung peripher der Chorda: nur Gesichtsmuskeln, ev. nur einzelne derselben. **Verlauf:** Heilung nach einer Woche bis  $\frac{1}{2}$  Jahr, bisweilen unheilbar. Oft bleibt nach Lähmung Contractur der gelähmten Seite zurück. Selten Recidive. **Prognose:** Ohne Ea R. Heilung in zwei Wochen; partielle Ea R.: 2—3 Monate; komplette Ea R.: Heilung nach 3—6 Monaten oder unheilbar. **Therapie:** Selten causal (Lues, Tumoren). Sonst bei frischer Lähmung lokale Blutentziehung, Hitze, Salicylpräparate. Später vor allem Elektrotherapie: kleine Kathode stabil u. labil 2—4 MA., tgl. 5—10 Minuten. Behandlung der Contractur durch Massage, Übung. Bleibende Lähmung durch Nervenüberpflanzung (Accessorius, Hypoglossus) bisweilen heilbar. S. Schoenborn.

**Otogene F.** Bald leichte Parese eines Astes, bald komplette Lähmung der ganzen mimischen Muskulatur einer Seite. **Ätiol.:** Schon bei leichtem Mittelohrkatarrh kann, wenn Dehiscenz der Wand des Fallopischen Kanals in der Paukenhöhle besteht, Lähmung eintreten, häufiger bei schweren eitrigen Entzündungen (Scharlach, Tuberkulose, Syphilis, Cholesteatom, Caries, bes. der Labyrinthkapsel), bei Frakturen, Meningitis, Gehirnabscess, bei Radikaloperationen. **Sympt.:** s. oben. **Diff.-Diagnose:** Centrale Lähmungen mit solchen anderer Hirnnerven verbunden, traumatische bei Basisfrakturen meist mit Acusticuslähmung; rheumatische, die sofort das ganze Facialisgebiet umfassen, nur bei sicherem Ausschluss einer Ohraffektion anzunehmen. Verletzung des Facialis bei Ohroperationen erzeugt sofortige, Druck des mit Wundsekret imbibierten Verbandes nach ein bis mehreren Tagen auftretende Facialisparese oder -paralyse, Mittelohrentzündung allmählich wachsende Paralyse oder nur leichte partielle Parese. **Prognose:** Meist günstig, selbst unabhängig vom Ausfall der elektrischen Prüfung. Bleibende Lähmung nach Erkrankung oder nach Operation sehr selten, dagegen gewöhnlich bei Tuberkulose u. bei Sequestrationen des ganzen Labyrinthes. Heilung noch nach vielen Monaten möglich. **Therapie:** Bei Mittelohrentzündungen aktiveres Vorgehen angezeigt (Paracentese, Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, Radikaloperation — je nach Lage des Falles; elektrische Behandlung). Bloch.

**Farnkrautvergiftung.** Arzneilich durch Extr. Filicis. Vielleicht durch Bildung von Filixsäure aus ihrem Anhydrid. **Sympt.:** Gastroenteritis. Schwindel, Zittern, Lähmung. Bewusstseinstäubung. Dyspnoe. Gesichtsfeldeinengung, Erblindung durch Opticusatrophie. Atemlähmung. Zuweilen auch Ikterus. **Therapie:** Symptomatisch: Magen-Darmspülungen,

Eispillen, Opium usw. Prophylaxe: Man gebe bei Wurmkuren Extr. Filicis ohne Vorbereitungskur bei gefülltem Magen, nie dabei Ricinusöl.

Guttman.

**Faulwinkel.** Syn. Perlèche. *Ätiol.*: Kontagiöse, epidemische Affektion, hervorgerufen durch Streptokokken. *Sympt.*: Chronische Stomatitis an den Mundwinkeln, bes. bei Kindern. Hier wird Epithel der Schleimhaut u. Nachbarschaft symmetrisch maceriert, wodurch schmerzhaftes Rhagaden mit geringer Eiterung. *Diff.-Diagnose*: Bei Syphilis in Umgebung der Rhagaden derbe Infiltrate, am übrigen Körper spezifische Erscheinungen. *Therapie*: Ätzung mit 2% Höllensteinlösung, Aufstreichen von Rp. Vaseline 20,0, Zinci oxyd., Talc. pulv.  $\text{aa}$  8,0.

M. Joseph.

**Favus.** Erbgrind. *Ätiol.*: Erreger ist Achorion Schoenleinii, mit vielen Mycelien, wenigen Gonidien. Darstellung leicht in 10% Kalium causticum. Übertragung von Mensch auf Mensch oder von Tieren (Mäusen, Katzen, Hühnern); nimmt chronischen Verlauf. *Sympt.*: Häufigste Lokalisation der Kopf, bes. bei Kindern, wo sich um die Haare herum linsen- bis pfennigstückgrosse goldgelbe Schildchen („Scutula“) bilden, mit Delle in der Mitte u. emporgewölbtem Rande. Scutulum lässt sich nur mit Sonde längs des Haares abstreifen, liegt auf der unteren konvexen Seite einer nässenden Fläche auf. Die zunächst vereinzelt Scutula (F. dispersus) verschmelzen später (F. confertus), so dass schliesslich ganzer Kopf erkrankt; hierdurch Atrophie der Haarpapillen u. narbige dauernde Kahlheit. Ältere Scutula werden grau, zerfallen leicht; Haare sehen hierdurch wie mit Mehlpulver bestreut aus; dann Geruch nach Mäusen oder Schimmel. Selten breitet sich F. auf andere Körperstellen aus mit roten runden Flecken, einem Bläschenkreis in der Peripherie (F. herpeticus), in dessen Mitte kleienförmige Abschuppung. Cf. Nagelkrankheiten. *Therapie*: Röntgenstrahlen. Wo nicht vorhanden, Entfernung der Scutula nach 6—8 stündigem Erweichen mittels 1%  $\beta$ -Naphtholöls; dann Epilation der kranken Haare u. 10% Chrysarobinsalbe am Körper, Jodtinktur oder 10% Pyrogallolsalbe.

M. Joseph.

**Fettherz.** Herzbeschwerden Fettleibiger. Keine fettige Degeneration, keine Fettdurchwachsung des Herzmuskels, sondern relative Insuffizienz des Herzens gegenüber der vermehrten Körpermasse (oder Myokarditis resp. Coronarsklerose bei Fettleibigen). *Ätiol.*: Rasche Zunahme des Körpergewichts, Anämie, schwache Muskulatur, mangelnde Übung des Herzens. Geringe Widerstandskraft des Herzens gegenüber Schädlichkeiten. Coronarsklerose\*, Myokarditis\*. *Sympt.*: Dyspnoe bei Anstrengung, nach der Mahlzeit, im Liegen; Herzklopfen, Ohnmachtsan-

fälle. Objektiv weicher, labiler, mitunter unregelmässiger Puls. Späterhin Dilatation der Herzhöhlen, muskuläre Insuffizienz mit allen ihren Symptomen. Bei gleichzeitiger Coronarsklerose\* Anfälle von Angina pectoris, Asthma cardiale, Bradykardie, ev. stärkere Rhythmusstörungen. **Prognose:** Solange nur Missverhältnis zwischen Herzkraft u. Körpermasse, günstig. Schlechter nach Eintritt muskulärer Insuffizienz oder bei gleichzeitiger Coronarsklerose resp. Myokarditis. **Therapie:** Bei jüngeren Individuen mit muskelgesundem Herzen vorsichtige Entfettungskur. Danach entsprechende Diät u. körperliche Übungen. Bei älteren Patienten u. solchen mit beginnender oder eingetretener Muskelinsuffizienz äusserste Vorsicht mit Entfettungskuren! Zuerst immer Kräftigung des Herzens durch Digitalispräparate (Rp. 47 ff.), CO<sub>2</sub>-Bäder; später leichte Gymnastik. Entfettung dann langsam, höchstens ca. ½ kg pro Woche; keine angreifenden Trinkkuren! Cf. Herzmuskelinsuffizienz, Fettsucht.

Beutenmüller.

**Fettsucht.** *Ätiol.:* Länger dauerndes Überwiegen der Nahrungszufuhr über den Verbrauch. 1. Vermehrte Zufuhr: Gewohnheitsmässiges Vielessen, Luxuskonsumption, Biertrinken. 2. Verminderter Verbrauch: a) Geringere Muskelbewegung infolge von Trägheit, Krankheiten (Anämie, Lähmungen); b) Verminderte dispositionelle Oxydationsenergie (sicher nachgewiesen). Die zweifellose Erblichkeit der F. kann zusammenhängen mit ererbtem gutem Appetit, resp. Neigung zu Wohlleben, Trägheit; seltener wohl mit familiärem rallentissement de la nutrition. Zweifellos bedingt auch Kastration Neigung zur Fettsucht (cf. Tiermast, Menopause). *Sympt.:* Beginn abnormer Fettablagerung meist in den Bauchdecken („Embonpoint“). Allmählich durch Vermehrung des Körpergewichts Bewegungen erschwert, bei geringen Anstrengungen Kurzatmigkeit, durch Erschwerung der Zwerchfellbewegung oder beginnende relative Herzinsuffizienz (Fettherz\*). Zur körperlichen gesellt sich geistige Trägheit. Häufig Abnahme der sexuellen Libido u. Potenz. Nicht selten kombiniert sich F. mit Diabetes\* oder Gicht\*, auch Arteriosklerose\*. **Prognose:** Anfangs bei vernünftigem Verhalten des Patienten gut; später dubiös. **Therapie:** Beseitigung der schädlichen Ursachen (s. o.). Diät: Einschränkung der gesamten Nahrungszufuhr unter Erhaltung einer genügenden Eiweissdarreichung (minimal ca. 90 g pro die). Eine rationelle, unschädliche Entfettungskur muss unter genauer Berechnung der Calorienzufuhr (cf. Anhang) erfolgen, deshalb am sichersten in geschlossener Anstalt. Da Mittelbedarf eines mässig arbeitenden normalen Menschen von ca. 70 kg ca. 3000 Calorien pro die, so wird man bei milder Entfettungskur 2000—2500 Calorien, bei strenger 1500—1800 Calorien zuführen (Zugrundlegung

des der Körpergrösse entsprechenden Normalgewichts). Von Standard-Kostformen (Banting, Ebstein, Oertel usw.) sieht man am besten ab. Nach Deckung des Eiweissbedarfs verteilt man die übrigen zuzuführenden Calorien auf Fett u. Kohlehydrate individualisierend: Bei geringem Appetit mehr Fett, bei starkem Hunger die voluminöseren Kohlehydrate. In den ersten 8—14 Tagen kann man Flüssigkeitszufuhr ebenfalls leicht einschränken, um durch eine Ausschwemmung u. damit raschere Gewichtsabnahme Vertrauen des Patienten zu gewinnen. Bei beginnender, noch mehr bei ausgesprochener Herzinsuffizienz grösste Vorsicht mit Entfettung u. Flüssigkeitsentzug! Bei älteren Leuten (jenseits 35 Jahren) stets milde Entfettung! Von Getränken Bier verboten, leichter Wein, Kaffee, Tee erlaubt. Brunnenkuren (Karlsbad, Marienbad, Mergentheim) nur mit Vorsicht. Bei gesundem Herzen leichter Sport (Reiten, Marschieren, Bergsteigen); bei Herzinsuffizienz vorsichtige Gymnastik u. Massage. Entfettungskuren mit Schilddrüse (Rp. 179 ff. von 1 Tabl. bis 3 tgl. steigend) nur bei reichlicher Eiweisszufuhr (ca. 200 g!), unter genauer, häufiger Kontrolle des Arztes (Herz!). Bei Anämie Eisen, Arsen. Hydrotherapie je nach Allgemeinzustand (milde Abreibungen bis zu Lichtbädern, starken Schwitzprozeduren u. kalten Tauchbädern). Beutenmüller.

**Fibrome der Haut.** Das weiche F. (F. molluscum) tritt multipel oft zu Hunderten auf, rund, breitbasig oder gestielt, erbsen- bis apfelgross, können sogar Kindskopfgrosse erreichen; dazwischen Naevi u. Teleangiektasien. Entstehung in frühester Kindheit, z. T. als primäre Wucherungen der Nervenscheiden (Neurofibrome, Recklinghausen); daher oft plexiform u. mit falschen Neuomen der Nervenstämme kombiniert. Häufig bei im Wachstum u. geistig Zurückgebliebenen. Ev. Übergang in Sarkome, oder Patienten sterben an Tuberkulose. Seltener harte F., gewöhnlich einfach, scharf umschrieben, rund, langsam wachsend, mit Bevorzugung des Rumpfes. **Therapie:** Bei Beschwerden Excision. M. Joseph.

**Fissura ani.** *Sympt.:* Wunde, der Epitheldecke beraubte Stelle im Aftereingang, quer zum Sphincter-Faserverlauf, die bei jeder Dehnung des Afters, z. B. Defäkation harter Kotmassen aufgerissen wird u. dadurch sehr heftige, oft lang anhaltende Schmerzen, auch Sphincterkrämpfe verursacht. **Therapie:** In Narkose digitale Dehnung der Wundfläche bzw. des Geschwürs, flüssige Diät u. Opiumdarreichung. Danach fast immer glatte, schnelle Heilung. Selten Spaltung des Sphincters nötig. —

Bei Kindern genügt meist Bepinseln mit 1 % Höllensteinlösung u. Auftragen einer 5 % Orthoformsalbe. Daneben Sorge für lockeren Stuhl. Leser u. Hasenknopf.

**Fistelbehandlung.** Bei röhrenförmigen F., wo Granulationen die Wand auskleiden, Grundbedingung für Heilung: Beseitigung der Ursache der F.; z. B. bei Knochen-F. Extraction des Sequesters, bei absonderndem fistulösem Organ Sorge für freie Passage des Inhalts (also bei Darm-F. des Kotes). Für diese F. genügt dann meist, ev. wiederholte, Ätzung des Ganges mit Höllenstein. — Bei lippenförmigen F., wo Epithelbekleidung an Epithel stösst, sind zuerst die epithelbesetzten Wandungen in granulierende zu verwandeln, weil Epithel mit Epithel nicht verklebt. Hierzu am besten, beide fistulös verbundene Organöffnungen voneinander zu trennen u. jedes Loch dann für sich zu vernähen. Bei Bauchfisteln also operative Ablösung der Haut von Darm bzw. Blase u. Schluss durch Naht der beiden Öffnungen. Ev. durch plastische Deckklappen auf Öffnung der lippenförmigen F. diese in röhrenförmige umwandeln. (Dieffenbachs Operation der Darmfistel). Leser.

**Fistula colli congenita.** 1. F. c. mediana zwischen Jugulum u. Kiefer, zwischen den Kopfnickern (Rest des Ductus thyreoglossus). 2. F. c. lateralis nach aussen vom Kopfnicker, vom Schlüsselbein bis Kieferwinkel (Rest der 2. Kiemenspalte). **Sympt.:** Stecknadelkopfgrosse Öffnung, Schleimabsonderung. **Therapie:** Sorgfältige Exstirpation des ganzen Ganges; mitunter schwierig, bes. bei seitlichen F. wegen Verwachsung mit der Scheide der grossen Halsgefässe. Kaposi.

**Flatulenz.** Abnorme Entwicklung u. Ausstossung von Darmgasen. **Ätiol.:** Meist leichte Katarrhe; bei nervösen u. älteren Individuen bes. stark auftretend. **Sympt.:** Aufgetriebener Leib. Anfallsweise Koliken, die mit Ausstossung von Gasen endigen („Windkolik“). Bei erzwungener Verhaltung von Winden auch Kongestionen, Beklemmungen usw. **Therapie:** Vermeidung von blähenden Speisen (Hülsenfrüchte, cellulosereiche Nahrung), Verbot kühler Getränke, Diät der Enteritis\* chronica. 4—6 Wochen lang Kur mit heissem Karlsbader Wasser. Warme Leibbinde; nachts Priessnitz. Bei Schmerzen Rp. Tct. Belladonn. 10,0, Tct. Valerian. 20,0. S. 3 × tgl. 25 Tr. Ferner Pfefferminz-, Fencheltee oder Aufguss von Species carminativae, morgens u. abends 1 Tasse heiss zu trinken.

Beutenmüller.

**Fleischvergiftung.** Inkl. Wurst-, Fisch-, Muschelvergiftung. Analog: Milch- u. Käsevergiftung. Cf. Pilzvergiftung. **Ätiol.:** Noch unentschieden, ob Infektion bzw. Intoxikation seitens spezifischer Bakterien (bes. Bacterium enteritidis, Paratyphusbacillen, Bacillus botulinus u. a.) oder Zersetzung des Nahrungseiweisses durch nicht spezifische Bakterien bzw. ohne solche durch nichtbakterielle fermentative Prozesse. Jeden-

falls zeigen die betr. Nahrungsmittel gewöhnlich äusserlich keine Veränderung. **Sympt.:** Am häufigsten gastroenteritische Symptome (Erbrechen, Durchfall, Koliken), dazu Kopf-, Kreuz-, Gliederschmerzen, Trockenheit der Haut u. Schleimhäute (bes. Mund u. Rachen), Exantheme. Seltener cholera- oder typhusartiges Krankheitsbild. Zuweilen nervöse Sympt. vorherrschend, wie Schwindel, Bewusstseinstörungen, Angst u. Erregungszustände, Sensibilitätsstörungen, Lähmungen (bes. Schlund-, Kehlkopf-, Augenmuskeln), Ataxie, Mydriasis, Pupillenstarre, Sehstörungen, Stuhl- u. Urinverhaltung, Atmungs- u. Herzstörungen. **Verlauf:** Entweder Tod im Sopor (bald oder nach Tagen) oder allmähliche Besserung. Einzelne Sympt. können wochenlang bestehen, bes. Apathie, Schwäche, Sehstörungen. **Diff.-Diagnose:** Anamnese! Oft Massenvergiftungen. An Cholera, Typhus, Dysenterie, Atropinvergiftung, Bulbärparalyse denken! **Therapie:** Magen- u. Darmspülungen. Brech- u. Abführmittel (bes. Kalomel). Diaphoretica (Rp. 61 ff.). Ev. Excitantia, Sinapismen. Guttman.

**Foctor ex ore. Ätiol.:** Unzureichende Mundpflege (Benommenheit Schwerkranker), Zahncaries, Mandelpröpfe, Peritonsillitis, Angina, Diphtherie, Angina Vincenti, Scharlachdiphtheroid, Angina syphilitica, Pharynxsyphilis, Stomatitis simplex u. ulcerosa, Skorbut, ulcerierende Gummata, chron. Bleiintoxikation, chron. Mercurialismus, chron. Bromismus, Diabetes mellitus (Acetongeruch nach süssem Obst), Magenkrankheiten, Lungenabscess resp. -gangrän, hochsitzende zerfallene Carcinome des Larynx oder Oesophagus, Carcinome der Zunge oder des Pharynx, öfters bei Tuberkulose der Lungen oder des Kehlkopfes sowie des Pharynx (eigenartig süßlich-fauler Geruch). **Therapie:** Behandlung des ursächlichen Leidens, nach genauester namentlich örtlicher Ausfindigmachung, sorgsame Mund- u. Zahnpflege, vorwiegend nach den Mahlzeiten, vor dem Schlafen und beim Aufstehen. Desodorierende Gurgelwässer: Wasserstoffsperoxyd (2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser), Kal. permang. zum Wasser bis zur Rosafarbe (bei längerem Gebrauch Braunfärbung der Zähne), Rp. Salol 3,0, Spirit. Vin. 50,0, Tinct. Myrrhae 10,0. S. 1 Teelöffel auf 1 Glas Wasser. Mandelpröpfe mit Lugol'scher oder Mandl'scher Lösung (Rp. 190, 192), auf Watte auspinseln oder mit „Mandelquetscher“ ausdrücken. Max Senator.

**Folliclis.** **Sympt.:** Auf erythematösem Fleck oder Papel entsteht central Nekrose mit späterer Ulceration u. Narbenbildung („papulo-nekrotisches Tuberkulid“). Bevorzugt Ulnarrand der Unterarme, Handgelenk, Hände, Ohren. Lange Dauer. Häufige Kombination mit anderen Tuberkuliden. Tuber-



kulinreaktion, Impfversuche auf Meerschweinchen positiv.  
**Therapie:** Bleiwasser,  $\frac{1}{2}$  % Höllensteinumschläge. Innerl.  
 Lebertran, ev. Tuberkulininjektion. M. Joseph.

**Folliculitis decalvans.** *Sympt.:* An vielen Stellen des behaarten Kopfes Pusteln (Impetigo simplex), in deren Umgebung Toxine zerfallener Staphylokokken. Vorübergehender Haarausfall. **Therapie:** 2 % Resorcinumschläge, weisse Präcipitatsalbe oder Rp. 197. M. Joseph.

**Formalinvergiftung.** *Sympt.:* Brennen in Mund u. Schlund. Gastroenteritis. Schwindel. Kleiner schneller Puls. Ev. Nierenreizung, Anurie, Sopor. Bei beruflicher F. zuweilen Onychien. **Therapie:** Magenspülung. Liq. Ammon. acet. (20,0—30,0 in geteilter Dosis in kurzen Zwischenräumen in Fliedertee). Warme Bäder, Excitantien. Wildunger, Fachinger usw. Brunnen. Guttman.

**Frakturen.** Zu unterscheiden: 1. intrauterin bzw. intra partum akquirierte, 2. spontane oder pathologische, infolge Schwächung des Knochens durch krankhafte Prozesse (Tuberkulose, Tumoren usw.), 3. traumatische. Bei letzteren wieder direkte u. indirekte, ferner Infraktionen, Fissuren, Splitter-, Quer-, Schräg-F., endlich Torsions- bzw. Spiral-F. Im Gegensatz zu den subcutanen F. stehen offene oder komplizierte F. mit einer Hautwunde in Verbindung (s. u.). *Sympt.:* a) Pathognomisch abnorme Beweglichkeit in der Kontinuität des Knochens; bei eingekeilten Brüchen fehlend. Prüfung durch Hin- u. Herbewegen der Bruchstücke bzw. durch Rotation, b) Crepitation, d. i. hartes Reibungsgeräusch, beim Aneinandervorbeiführen der Fragmente; fehlt bei starker Verschiebung, Zwischenlagerung von Weichteilen u. bei starkem Bluterguss. c) Veränderung der normalen Form, selten fehlend, wenn auch oft sehr geringfügig; also kritische Prüfung unter stetem Vergleich mit intakter Seite. Dislocatio ad peripheriam; Drehung um Längsachse; oft wesentlich. D. ad longitudinem; meist Verkürzung, selten Verlängerung (cf. Olecranonfraktur), ev. durch Messung zu prüfen. D. ad axin, Winkelbildung in der Knochenlänge. D. ad latus, seitliche Verschiebung. Typische Dislokationen gelten nur für indirekte Brüche. — Hierzu zwei subjektive Symptome: Störung der Funktion, individuell verschieden, auch wechselnd nach Art des Bruches (eingekeilte F.) u. nach Bedeutung des frakturierten Knochens für Funktion (Fibula usw.). Ferner der beim Brechen des Knochens gefühlte Bruchschmerz; von dem auch später nachweisbaren sog. Malgaigneschen Druckschmerz zu trennen; letzterer diagnostisch zur genauen Umgrenzung der Bruchlinie verwertbar, weil immer nach-

weisbar u. circumscript; zuweilen für Diagnose bei Mangel anderer Symptome ausschlaggebend. **Diagnose:** Aus obigen Symptomen. Wenn möglich durch Röntgenuntersuchung kontrollieren. **Therapie:** Heilung so erstreben, dass später weder Funktionsstörung noch Formveränderung. Hierzu nötig 1. Reposition der Bruchstücke, 2. Retention der reponierten Fragmente. Reposition durch Zug u. Gegenzug; am besten in Narkose, weil Schmerz gross u. Muskelcontractionen hinderlich; auf ev. Drehung der Fragmente rücksichtigen (wird oft vergessen). Reposition zuweilen sehr schwer; bei eingekeilten Brüchen zu unterlassen. Retention garantiert durch absolut ruhige Lagerung des gebrochenen Knochen. Am besten zunächst auf Schienen, die zweckmässig gepolstert; sofortiger Gipsverband nur zum Transport u. ev. bei sehr unruhigen Kranken (Deliranten). Für untere Extremität Volkmann's T-Schiene, für obere Supinationsschiene. Ferner Extensionsverbände verschiedenster Art (Heftpflaster, Bardenheuer's Extensionschienen); erst nach Verschwinden der ersten Schwellung (Bluterguss, Infiltration) gut gepolsterter Gipsverband, der beide benachbarte Gelenke fixiert, am Platze. Sofort nach Unfall angelegte Gipsverbände („Gehverbände“) wegen schwieriger Technik nur selten möglich, obwohl Vorteile sehr gross (keine Bewegungsbehinderung benachbarter Gelenke, keine Muskelatrophie). In Neuzeit grundsätzlich Freilegen u. Naht der Fragmente empfohlen. Wichtig möglichst frühes Massieren u. Bewegen der Muskeln bzw. Gelenke, schon vor Festwerden des Bruches angängig, behufs Vermeiden der so lästigen Muskelatrophie u. Gelenksteifheit. Besteht solche schon, dann konsequentes Massieren, Bewegungsübungen (aktiv u. passiv), Heissluftbehandlung, also Hyperämie (aktive bzw. passive). — Pseudarthrosen möglichst verhüten. — Bei F. in unmittelbarer Gelenknähe Verfahren wie bei Gelenk-F. (s. u.). — Bei komplizierter (offener) Fraktur wegen der Möglichkeit lebensgefährlicher Infektion sorgsame Desinfektion, operative Freilegung des Bruches, Ausräumung aller Blutcoagula u. abgerissener Gewebsetzen, exakte Blutstillung („Débridement“); zuweilen einfach, zuweilen schwierig; z. B. bei offener Schädelfraktur Trepanation nötig. Nur bei ganz kleiner Hautwunde, z. B. bei Durchstechungsfrakturen, genügt Desinfektion der Haut u. aseptischer Verband. — Bei schlecht verheilten F. die Schwere der Schädigung entscheidend; wenn letztere nur kosmetisch, dann abhängig vom Patienten; je nach Dislokation entweder erneute Fraktur manuell oder mit Osteoklast (Vorsicht vor Bruch an falscher Stelle) u. richtige Reposition; oder Osteotomie, Abmeisselung hinderlicher Callusmassen, Naht durch Draht. — Gelenk-F. cf. speziellen Teil.

**Becken-F.** *Ätiol.:* Meist sehr starke Gewalten, Über-

fahrenwerden, Fall aus grosser Höhe, Hufschlag usw. Zu unterscheiden 1. F. einzelner Beckenknochen, 2. Beckenring-F.

Ad 1. **F. des Kreuz- bzw. Sitz-Beins:** Meist direkte Gewaltwirkung (Bruchstücke nach hinten oder unten verschoben). Örtlicher Druckschmerz, nicht immer Dislokation nachweisbar. **F. des Sitzbeinhöckers:** Diagnose durch Palpation von aussen bzw. vom Rectum aus; meist bewegliches, crepitierendes Fragment zu fühlen. **F. des Darmbeins:** Abbruch eines kleineren oder grösseren Teils der Schaufel; direkte Palpation des druckschmerzhaften Fragments möglich. Bei der sog. Duverney'schen F. Abbruch eines grösseren Stücks der Schaufel inkl. Spina ant. sup. Zur Diagnose Vergleich der Distanz zw. Trochanter u. Malleolus ext. u. zw. Spina u. Malleolus auf beiden Seiten; letztere gewöhnlich grösser, da Fragment meist nach oben verschoben. **Therapie:** Nach möglichster Reposition Fixation der Bruchstücke mittels Heftpflaster oder Binden.

Ad 2. **Beckenring-F.** Häufiger als a priori angenommen. Richtung der gewaltigen Traumen entweder von vorn nach hinten oder seitlich. Bei diesen F. stets zwei Stellen des Beckens gebrochen, eine im vorderen, die andere im hinteren Abschnitt. Bei Einwirkung in sagittaler Richtung F. der das Foramen obturatum umgebenden Knochen (Schambein, Sitzbein-Äste) u. F. der nahen Umgrenzung der Symphysis sacro-iliaca (Darmbein); seltener Diastase der Symphyse selbst. Bei frontaler Gewaltwirkung doppelter Vertikalbruch (Malgaigne): F. des horizontalen u. absteigenden Schambeinastes, gleichzeitig Bruch der Umgrenzung der sacro-iliacalen Symphyse auf derselben Seite. Selten F. durch die Gelenkpfanne. Weil Dislokation undeutlich, sorgsame Untersuchung nötig: umschriebener Druckschmerz, lokalisierte Schwellungen (Blutergüsse), gröbere oder geringe Verschiebungen, Differenzen in Form u. Stellung, ev. Messungen der Extremitätenlänge. Dazu genaue Palpation, namentlich auch per rectum; Prüfung der Bewegungsfähigkeit im Hüftgelenk, passive möglich, aktive nicht. Schliesslich Abwägung der vorhergegangenen Gewalt. **Therapie:** Wenn möglich Reposition; im übrigen absolute Ruhelage, durch ein das Becken umschliessendes Handtuch gesichert. — Wichtig, auf Nebenverletzungen zu achten, darunter zuweilen Ruptur der Harnblase bzw. Harnröhre; dann ev. Harninfiltration\*. Leitender Gedanke ausschliesslich, für ungehinderten Abfluss des Harns zu sorgen (cf. Blasenverletzungen, Harnröhrenzerreissung).

**Ellbogen-F.** Ist Hueter'sche Linie (verbindet beide Epicondylen u. Spitze des Olecranon) keine Gerade, dann entweder Bruch an Condylen bzw. Epicondylen oder des Olecranon oder Luxation des Vorderarms. Abbruch des ganzen

Gelenkfortsatzes ähnelt der Luxation, aber bei letzterer federnde Starrheit, bei Fraktur abnorme Beweglichkeit, auch meist Crepitation. Auf den bald folgenden subcutanen Bluterguss achten, der gewöhnlich nahe dem frakturierten Knochenteil. **Therapie:** Möglichst genaue Reposition u. Fixation des Gelenks in rechtwinkliger Stellung; bald passive bzw. später aktive Bewegungen. Cf. Gelenk-F. — **Olecranon-F.** meist Quer-, selten Schräg-F. Typisch: Unmöglichkeit, Ellbogengelenk zu strecken. Fragment nach oben verzogen; Diastase deutlich zu fühlen; circumscripfter Bluterguss. **Therapie:** Fixierender Verband in möglichster Streckstellung des Gelenks. Besser operative Freilegung des Bruches u. Silberdrahtnaht der Fragmente.

**Fuss-F.** 1. **F. eines Metatarsalknochens** (cf. Fussgeschwulst). 2. **F. im Tarsus.** F. des Os naviculare oder cuboides ohne Röntgenbild nur aus örtlichem Schmerz u. gehinderter Funktion zu erkennen; F. des Calcaneus etwas häufiger; zuweilen Splitter-F. mit Verbreiterung des Absatzes. **Ev. Röntgenbild.** **Therapie:** Ruhigstellung des Fusses in funktionstüchtiger Stellung; ev. Gipsverband.

**Gelenk-F.** Nach Trauma sehr schnell intraartikuläre Schwellung, Behinderung der Gelenkbewegungen. Genaue Palpation u. Druckschmerz klärt über Richtung der Bruchlinie auf; ev. Prüfung auf abnorme Bewegungsfähigkeit u. Crepitation, bes. durch rotierende, passive Bewegungen. **Therapie:** Bei grossem Bluterguss unverzüglich Punktion, wenn Bau des Gelenks es erlaubt (z. B. am Knie- bzw. Schulter-Gelenk). Sonst Lagerung des Gelenks in Stellung, die bei ev. Ankylose beste Funktion garantiert. Zweckmässig baldige Massage, frühzeitig passive u. aktive Bewegungen in den normalen Richtungen bei gesicherter Lagerung der Fragmente; bald Wechsel der Stellung, teils in Streck-, teils in Beugstellung (cf. Hämarthros).

**Hand- u. Finger-F.** Im **Carpus** selten; meist direkte Brüche des Kahn- oder Mondbeins. Typisch circumscrippte Schwellung u. Schmerz. **Therapie:** Nach ev. Reposition Massage u. frühzeitige Bewegungen neben komprimierender Fixation. — **Metacarpus-F.** auch meist direkt, Dislokation also nicht typisch; Fixation durch benachbarten Metacarpus. **Phalangen-F.** gewöhnlich deutlich in ihren Verschiebungen; nichts Typisches. Fixation durch Heftpflaster an Nachbar.

**Kniescheiben-F.** Direkte u. indirekte, stets intraartikuläre F., demnach von Dislokation vermehrendem Hämarthros gefolgt, falls Gelenkkapsel mitzerrissen. **Sympt.:** Beide Bruchstücke zu palpieren; Streckfähigkeit des Unterschenkels unmöglich; Schmerzen; zu scheiden von Ruptur der Quadriceps-Sehne bzw. Abriss des Ligamentum patellae. **Therapie:** Häm-

arthros\*, weil bei Adaption der Fragmente hinderlich, durch Punktion beseitigen. Nähern der Bruchstücke in möglichster Streckstellung, z. B. durch dachziegelförmig übereinander gelegte Heftpflasterstreifen. Besser operative Freilegung u. Naht der Bruchstücke; Fixation im Gipsverband. Bald (nach ca. 3 Wochen) allmählich zunehmende Bewegungen, Massage; nach 4—5 Wochen Gehübungen.

**Nasen-F. F. der Nasenscheidewand** verschiebt dieselbe nach einer Seite, zu sehen u. fühlen. Später oft, wenn nicht reponiert, auch Nasenspitze seitlich verschoben. Bei **F. der Nasenwurzel** Gefahr der Infektion der Meningen, zumal meist auch benachbarte Knochen frakturiert. Erhebliche Blutung aus dem Innern, Verschiebung der Nasenbeine nach hinten, Abflachung der Nase. **Therapie:** Gründliche Säuberung des Innern mit Wattetampons, die in sterile bzw. antiseptische Lösung getaucht; Reposition der Fragmente mit gepolsterten Holzstäbchen. Wenn überhaupt Spülung, dann jedenfalls unter sehr niedrigem Druck mit Bor-, Kali hypermanganicum-Lösung usw. Drainrohr von Hartgummi, Glas usw., umwickelt mit steriler Gaze, als Tampon u. Retentionsmittel. Cf. Nasenscheidewandanomalien.

**Oberarm-F. 1. F. des Tuberculum majus;** selten. Aktive Rotation des Humerus nach aussen unmöglich. **Therapie:** Ruhigstellung des Arms in möglichster Aussenrotation. **2. F. im anatomischen Halse;** immer intraartikulär. Bei nicht eingekeilter Fraktur oberes Fragment (Humeruskopf) nicht zu palpieren, bei eingekeiltem Bruch minimale Verkürzung. Achse des Schaftes zieht abnorm nach innen. Jedenfalls Achsen-druckschmerz prüfen, ausschlaggebendes Symptom. **Therapie:** Wattebausch in Achselhöhle, Fixation des Oberarms am Thorax, ev. Zugverband oder Naht nach Freilegung der Bruchstelle. **3. F. im chirurgischen Halse.** Bei eingekeilten nur genaue Prüfung der Oberarmlänge entscheidend. Ohne Einkeilung Verschiebung der Längsachse des Humerus nach innen am Gelenk vorbei, selten umgekehrte Dislokation. Palpation des oberen Fragments, das bei Rotation des unteren sich nicht bewegt. Bei Zweifel Röntgenaufnahme. **Diff.-Diagnose:** Luxation des Oberarms. Bei Fraktur leichter Ausgleich der Verschiebung, schnelle Wiederkehr derselben; bei Luxation federnder Widerstand gegen Ausgleich der Verschiebung. **Therapie:** Reposition, dann Wattebausch in Achselhöhle u. Fixation des adduzierten Arms in Gips oder Extensionsverband in Verlängerung der Körperachse. **4. Schaft-F.** Alle typischen F.-Symptome leicht nachweisbar. **Therapie:** Nach Reposition Ruhigstellung im Gips- bzw. Extensionsverband (Bardenheuer); dabei Sorge vor Dislocatio ad peripheriam.

**Oberkiefer-F.** Meist komplizierte direkte Brüche ohne bestimmte Verschiebungen, insbesondere des Körpers. Bei Brüchen des Alveolarfortsatzes zuweilen Dislokation gering, gewöhnlich nach innen, hinten. Blutung im Beginn meist stark. **Therapie:** Nach gründlicher Reinigung Reposition, so gut wie möglich. Fixation ev. durch Kautschukverband oder Silberdrahtschlinge ev. durch Zahnarzt. Sorge für Geradestehen der Zähne. Häufige Reinigung der Mundhöhle, weiche Speisen.

**Oberschenkel-F.** Bei **Schaft-F.** vorheriges schweres Trauma; Unmöglichkeit aufzutreten bzw. zu gehen; deutliche Formveränderung (gewöhnlich stumpfer Winkel mit Scheitel nach aussen, lateral) mit abnormer Beweglichkeit u. Crepitation. Bei **Schenkelhals-F.** nicht stets Unfähigkeit zu gehen; oft scheinbar geringfügiges Trauma; Verkürzung des Beins immer nachweisbar, wenn auch gering; Schmerz bei Bewegung bzw. Druck. Beiden Brüchen gemeinsam Rotation des Beins nach aussen, ganz selten bei eingekeilten Brüchen fehlend. — **Am Kniegelenk** meist Quer-F. Starke Blutung neben obigen Symptomen. **Therapie:** Permanente Extension oder Gipsverband; letzterer bes. zum Transport u. bei Brüchen nahe dem Gelenk.

**Rippen-F.** Örtlicher, lebhafter Schmerz beim Atmen, bei Druck, selbst von entfernter Stelle aus. Umschriebener Bluterguss, Crepitation, abnorme Beweglichkeit nicht immer. Auf Reibegeräusche bei Auskultation achten. Bei Pleura- bzw. Lungenverletzung Hämothorax, blutiges Sputum, lokales, selten universelles Hautemphysem. (Cf. Brustverletzungen). **Therapie:** Fixation der verletzten Thoraxseite durch sie umschliessende Heftpflasterstreifen. Morphiuminjektion.

**Schädel-F.** **F. des Daches** bei fehlender Verschiebung der Bruchstücke nur durch örtliche Druckschmerzhaftigkeit bzw. Schwellung nachweisbar. Bei Depression cave Verwechslung mit collateraler Weichteilschwellung (Fortmassieren der Schwellung). **Basis-F.** wahrscheinlich, wenn Blutung aus Ohr, sicher wenn später klare Flüssigkeit (Liquor cerebrospinalis) abfließt; dann auch Ekchymosen, die subconjunctival bzw. subpalpebral oder am Nacken auftreten. Nur ausnahmsweise vom Rachen aus zu palpieren. Schädel-F. oft begleitet von Hirn- bzw. Hirnhautverletzung wie Comotio, Contusio, Compressio cerebri; letztere bes. bei Zerreissung der A. meningea media. (Cf. Schädelverletzungen). **Therapie:** Abwartend. Absolute Ruhe, Eisblase auf Schädel, Sorge für offenen Leib, bei Schmerzen Morphium. Nur aktiv bei offenen Brüchen des Gewölbes; dann Trepanation zur Desinfektion der Wunden im weitesten Sinne des Wortes. (Cf. Schädelverletzungen).

**Schlüsselbein-F.** Öfters indirekt, gewöhnlich in der Mitte. Dislokation meist mit Scheitel des Winkels nach oben hinten. Verschiebung zuweilen gering, desgleichen Gebrauchsstörung des betr. Arms; bei Zweifel genaue Messung zwischen Mittellinie u. Acromionende. Umschriebener Druckschmerz, seltener Crepitation. *Therapie:* Reposition durch Heben u. Auswärtsdrehung des Arms bei gleichzeitigem Polsterdruck auf Bruchstelle (Sayre'scher Heftpflasterverband u. a., 2—3 Wochen). Bei mangelnder Verschiebung genügt Mitella.

**Unterarm-F.** Alle typischen Fraktursymptome (s. o.). *Therapie:* Unter allen Umständen Verband bei völliger Supination des Vorderarms in rechtwinkliger Stellung des Ellbogens, gleichgültig, ob Gips- oder Schienenverband. Bes. häufig sog. **typische Radius-F.** (am unteren Gelenkende). Abnorme Beweglichkeit fehlt meist, da eingekeilt, dagegen typische, radiale Abduktion der Hand u. dorsale Verschiebung des peripheren Bruchstücks, daneben circumscripiter Bruchschmerz. *Therapie:* Hauptsache richtige Reposition. Korrespondierende Hand des Arztes umfasst verletzte des Kranken, dann (ev. in Narkose) kräftige Reduktion im Sinne ulnarer u. volarer Flexion. Verband wie oben, Finger jedenfalls freilassend. Bei minimaler Dislokation u. eingekeiltem B. ev. nur Mitella.

**Unterkiefer-F.** Blutung aus Mund, zuweilen subgingivale Ekchymosen. Kauen erschwert oder unmöglich. Dislokation zu fühlen bzw. zu sehen. Bei F. des Körpers ein Bruchstück meist nach oben verzogen, bei F. des Alveolarfortsatzes letzterer meist nach hinten disloziert. *Therapie:* Reinigung der Mundhöhle, Adaption der Fragmente durch Kautschukschiene, besser durch Interdentalschienen (= Silberdrahtschienen um die Zähne gelegt); am sichersten Naht des Körpers. Bei **F. des Proc. coronoideus** (Rissfraktur) örtlicher Schmerz; bei **F. des Proc. condyloideus** Druckschmerz dicht vor dem äusseren Gehörgang. *Therapie:* Möglichste Ruhigstellung.

**Unterschenkel-F.** 1. **F. am oberen Ende** selten, ähnlich den F. am unteren Gelenkende des Femur, also peripheres Fragment nach hinten bzw. seitlich verschoben, zuweilen auseinandergesprengt; Gelenkbruch; bei jungen Individuen Epiphysenlösung. *Sympt.:* Funktionsunfähigkeit, Verschiebung, Hämarthros genu, auch meist Crepitation, Druckschmerz. *Therapie:* Gips- bzw. Extensionsverband, dabei Sorge vor Druck auf A. poplitea. 2. **Abriss der Tuberositas tibiae.** Sehr selten. Bewegliches Fragment am Lig. patellae. Nagelung. 3. **Diaphysen-F.**, meist beider Knochen. Fibula etwas höher. Flötenschnabelfraktur. *Sympt.:* Funktionsstörung, deutliche Dislokation; oberes Bruchstück nach vorn u. seitlich verschoben, auch umgekehrt; abnorme Beweglichkeit, Crepitation. *Thera-*

**pie:** Gipsgehverbände oder T-Schiene, nach Resorption des Blutgusses 8—10 Tage nach Fraktur Gipsverband; auch Nagel-extension (Steinmann, Codivilla) gut. Bei isolierten F. der Tibia alle diese Sympt. nicht so ausgesprochen, noch weniger bei isolierter F. der Fibula; doch Crepitation u. umschriebener Bruchschmerz meist vorhanden. Lagerung auf T-Schiene, später Gipsverband. 4. Bei **Knöchel-F.** abnorme Verschiebung, oft sehr erheblich bis zur Subluxation im Sprunggelenk; entweder im Sinne des Plattfußes oder Klumpfußes (Pronations- bzw. Supinations-F.); nicht immer völlige Unbrauchbarkeit des Beins, dagegen stets umschriebener Druckschmerz am Knochen. (Bei Verstauchung Druckschmerz im Gelenk, dessen Bewegungen schmerzhafter). Ev. Röntgenbild. **Therapie:** Wo nötig, sorgfältige Reposition, Stellung des Fußes rechtwinklig im entgegengesetzten Sinne der Verschiebung behufs Verhütung späterer Deviation (traumatischer Plattfuß). Lagerung auf T-Schiene, dann Gipsverband bis über Kniegelenk. Nach 14 Tagen Verbandwechsel, Bewegungsübungen, Heissluft.

**Wirbelsäulen-F.** 1. **F. der Dornfortsätze.** Deutlich durch abnorme Beweglichkeit, örtlichen Schmerz. Ebenso wie **F. der Querfortsätze** meist direkte; letztere seltener, örtlicher Druckschmerz. Direkt auch **F. der Wirbelbögen**; hier Crepitation, jedenfalls Druckschmerz. **Wirbelkörper-F.** häufiger; meist indirekt, je näher dem Schädel, um so gefährlicher. **Sympt.:** Heftiger Schmerz (spontan u. auf Druck) mehr weniger spitzwinklige Kyphose, Shock neben wichtigen Störungen durch begleitende Rückenmarksverletzung\*. **Therapie:** Lagerung bzw. Transport des Verletzten unter Zug u. Gegenzug u. auf glatter Unterlage. Hochlagerung des Kopfendes, wenn nicht Hals-F. Bei Brüchen der Halswirbelsäule ev. Glisson'sche Schlinge, Belastung 8—12 Pfd. bei Erwachsenen, bei Kyphose der Brust- bzw. Lenden-Wirbelsäule Unterschieben eines Kissens. Wichtig Verhütung von Decubitus\* u. Cystitis\*, demnach rechtzeitig Wasserkissen bzw. permanentes Wasserbad; bei Harnverhaltung sauberstes Katheterisieren (niemals sofort nötig), verbunden mit Blasenspülungen. Bei Druck eines Fragmentstücks auf Mark Laminektomie. Nach Konsolidierung der F. ev. Gipskorsett. Leser.

**Fremdkörper im Auge.** a) Auf der **Hornhaut** fest-sitzende (meist eingebrannte) kleine Eisenpartikel werden mit Platinnadel unter Cocain entfernt. Ist um den Fremdkörper grauer Ring sichtbar u. ist Iris gereizt, dann ist Infektion eingetreten. Nach Entfernung des Splitters in solchem Falle Atropinsalbe (Rp. Atrop. sulf. 1,0, Coc. mur. 0,2, Vaselin. 10,0) u. feuchtwarmer Verband. **Komplik.:** Ulcus corneae serpens. Auf Dakryocystoblennorrhoe achten!



b) **Intraoculare Fremdkörper.** 1. Eisen erzeugt mit der Zeit Siderosis bulbi und Erblindung. Nachweis mit Sideroskop. Extraktion mittels Elektromagneten. Erstes Symptom der Siderosis ist Herabgehen des Lichtsinnes. 2. Messing, Kupfer verursachen chemische Eiterung, Glaskörperexsudat. Gelingt es nicht, den Splitter mit der Pinzette zu fassen, so tritt meist Phthisis bulbi ein. 3. Blei, Steinsplitter, Glasstückchen heilen selten ein, erzeugen meist Amotio retinae, wenn im hinteren Bulbusabschnitte. — Nur Fremdkörper in der Linse können ohne Schädigung anderer Augenteile einheilen. Cf. sympathische Ophthalmie. Schieck.

**Fremdkörper in der Blase.** *Ätiol.:* Am häufigsten durch die Urethra eingeführt, namentlich beim weiblichen Geschlecht (Onanie!). Nadeln, Baumzweige, Bleistifte usw. oder abgebrochene Katheter, Bougies. Selten durch Trauma von aussen. *Sympt.:* Schmerz spontan u. bei Miktion, sehr bald Cystitis\*. Nach Inkrustation des F. *Sympt. des Blasensteins\*.* *Diagnose:* Wenn irgend möglich Cystoskopie, Röntgenographie! *Therapie:* Spezialistisch. Extraktion durch die Harnröhre mit geeigneten Instrumenten; wenn unmöglich, Blasenschnitt.

Kaposi.

**Fremdkörper in der Hand.** Nadeln, Holzsplitter, Gräten, Glassplitter u. dgl. *Therapie:* Extraktion sobald als möglich wegen Infektionsgefahr, jedoch nur tastbare F. sofort incidieren. Besser, bei schattengebenden, vorher Lage genau durch Röntgendurchleuchtung bestimmen, dann unter Anästhesie u. Blutleere operieren. Bei tiefsitzenden F. oft schwierig.

Kaposi.

**Fremdkörper in der Harnröhre.** Entweder von aussen, wie bei Blase, oder steckengebliebene Steine u. a. aus der Blase. *Sympt.:* Wenn F. festsitzen, Störung der Miktion. Bei längerem Verweilen Urethritis, Abscesse, Phlegmone, selbst Harnröhrenfisteln. *Diagnose:* Durch Palpation, Sondierung, Endoskopie, Röntgenstrahlen. *Therapie:* Chirurgisch. Extraktion per vias naturales oder Urethrotomia externa.

Kaposi.

**Fremdkörper in den Luftwegen.** *Ätiol.:* Aspiration in den Mund gesteckter Gegenstände (namentlich bei Kindern), Aspiration während des Schluckaktes infolge gleichzeitigen Sprechens oder falschen Atemholens, Hineinfallen von abgebrochenen Instrumententeilen oder Wattestückchen bei ärztlichen Eingriffen. *Sympt.:* Je nach Sitz und Beschaffenheit des Fremdkörpers verschieden; kleine, glatte, runde Fremdkörper machen im allgemeinen weniger Erscheinungen als grössere, eckige mit Kanten und Spitzen (z. B. Knochenstücke). Hustenreiz, ev. Atembehinderung, Stridor, Entzündung u.

Schwellung der Schleimhaut, Drucknekrosen mit Geschwürsbildung u. Eiterung, Erstickungserscheinungen, schleimig-seröse bis eitrig-fötide Sekretion mit oder ohne Fieber (namentlich bei Sitz in Trachea oder Bronchien), bei längerem Verweilen fötider Atem. Schmerzen meist nicht erheblich, ungenau lokalisiert (eigentlich nur bei F. des Kehlkopfes). Mitunter Geräusch des in Trachea oder grösseren Bronchien mit der Atmung sich bewegenden F. (Anschlagen an die Stimmbandunterfläche). Aber sämtliche Erscheinungen nicht regelmässig auftretend, vielmehr ganz von der Besonderheit des Falles abhängig. **Komplik.:** Schluckpneumonie, Lungenabscess resp. Gangraen; ferner infolge von infizierten Drucknekrosen Phlegmonen mit Vereiterung der Umgebung wie des Mediastinum, der Halsgegend; Verbindung mit nachbarlichen Hohlorganen bei durchgreifenden Ulcerationen (Tracheo-Oesophagusfisteln) u. Weiterwandern des F.; partielle Lungenatelektasen bei Verschluss des versorgenden Bronchialastes. **Diff.-Diagnose:** Feststellung der Anwesenheit des Fremdkörpers, ob die betr. Symptome wirklich durch ihn hervorgerufen resp. unterhalten werden oder auf andern (idiopathischen) Ursachen beruhen, oder auch nach anderweitigem (spontanem) Abgang des Fremdkörpers als Folgeerscheinungen weiter bestehen. Deshalb sorgfältigste Untersuchung mit Kehlkopfspiegel, Tracheobronchoskop (ev. in Narkose, auch wenn nötig durch Tracheotomiewunde), Röntgendurchleuchtung namentlich bei metallischen F. Auskultation u. Perkussion der in Betracht kommenden Lungenpartien. Genaue Anamnese. **Therapie:** Schleunigste Entfernung des F. unter Leitung des Kehlkopfspiegels oder Tracheobronchoskops. Dann schwinden — abgesehen von bleibenden Veränderungen — die Begleiterscheinungen usw. meist spontan; sonst sind sie je selbständig weiter zu behandeln.

Max Senator.

**Fremdkörper im Magen-Darm. Ätiol.:** Verschluckte F. am häufigsten bei Hysterischen, bei Tischlern, Tapezierern, Nadeln, Nägel u. dgl., dann im Magendarmkanal entstandene (Gallen- u. Kotsteine, Trichobezoare); selten von aussen eingedrungene F. **Sympt.:** Bei kleinen F. so gut wie gar keine; gehen anstandslos ab (s. u.). Kantige, spitze können Ulceration, Perforationsperitonitis hervorrufen, grössere zu Darmverschluss führen (Gallenstein-Ileus). **Diagnose:** Oft Zweifel an den Angaben bes. bei Hysterischen u. Kindern, erlaubt. Röntgen oft positiv. **Therapie:** Bei kleineren, selbst spitzen F., die keine Symptome machen, Kartoffelkur, d. h. so viel als möglich Kartoffel in allen möglichen Formen, Sauerkraut, Brot, Gemüse, nach 6—8 Tagen (nicht früher) Abführmittel. Stuhl genau untersuchen. Grössere F. mit Kanten u. Spitzen wegen der Gefahr

der Perforation oder Darmverschluss durch Operation aus Magen-Darm zu entfernen.

Kaposi.

**Fremdkörper in der Nase.** *Ätiol.:* Steckengebliebene Wattestückchen, Instrumententeile usw. nach ärztlichen Massnahmen, hineingesteckte Gegenstände (Spielereien der Kinder), selten hineingeratene Tiere, wie Würmer, Küchenschaben; mitunter geraten bei heftigem Erbrechen F. durch Nasenrachen u. Choanen retrograd in die Nasenhöhle. *Sympt.:* Mehr oder minder ausgesprochene Respirationsbehinderung und seröse bis eitrige Sekretion der befallenen Nasenhälfte, daher einseitiges Auftreten sehr charakteristisch. Bei gleichzeitigen Verletzungen Nasenbluten; bei längerem Verweilen Foetor ex naribus. *Komplik.:* Druckschäden der Nasenschleimhaut, Rhinitis, auch Rh. vasomotoria, Nebenhöhlenkrankung bes. bei eitriger Rhinitis. Bei jahrelang liegenden Fremdkörpern Bildung von Nasensteinen durch Inkrustation. Bei unrichtigen Extraktionsversuchen Eindringen in Nachbarorgane mit Perforation und ev. Infektion der trennenden Gewebe. *Diff.-Diagnose:* Feststellung ob betr. Krankheitserscheinungen wirklich auf Anwesenheit eines F. beruhen oder auf anderweitigen idiopathischen Ursachen; ebenso ob der F. nicht unbemerkt spontan abgegangen ist; deshalb sorgfältige Rhinoscopia ant. u. post., bei Verdacht auf tiefer eingedrungenen F. (z. B. in die Nebenhöhlen) Röntgenbild; genaue Anamnese. *Therapie:* Entfernung des F. von vorn durch Nasenloch mit hakenförmig gebogenen Instrumenten, gekrümmtem Nasenlöffel; Nasenpinzetten und -zangen fassen nicht immer (cave glatte, runde Gegenstände, wie Glasperlen usw.), zuvor ausreichende Anästhesierung mit 10—20 % Cocain. muriat.; Kinder müssen dabei von geschulter Assistenz gut fixiert werden, ev. Bromäthernarkose. Durchstossung nach hinten in Nasenrachen zu vermeiden; wenn nicht zu umgehen was sehr selten, Vorsicht, dass F. nicht in Luft- oder Speisewege fällt; deshalb Auffangen mit in den Rachen eingeführtem Finger. Mit der Entfernung des F. heilen gewöhnlich Begleit- u. Folgeerscheinungen ab, andernfalls sind sie selbständig je nach Indikation zu behandeln.

Max Senator.

**Fremdkörper im Ohr.** *Sympt.:* Häufig gar keine (zufälliger Befund). Bewegliche Gegenstände erzeugen Geräusche, drückende oder quellende eine Reizung der Gehörgangshaut, ebenso unzweckmässige Extraktionsversuche. Bei solchen ev. Verletzung des Trommelfells, eitrige Mittelohrentzündung mit allen Folgen (Meningitis!). Bei völligem Verstopftsein des Gehörgangslumens Schwerhörigkeit, Sausen, Jucken, verschiedenartigste Reflexerscheinungen (Zahn- u. Kopfschmerz, Aproxie,

Husten, Erbrechen, Konvulsionen, epileptiforme Anfälle, Dysphagie, Asthma, Hemiplegie, meningitische Symptome, Schüttelfröste, Salivation u. a.). **Diagnose:** Stets, trotz anscheinend zuverlässiger Anamnese, mit Spiegel u. Trichter (Vorsicht!) zu stellen. Bei Blutung, Rötung, Entzündung des Gehörgangs oft erst nach Ablauf der Schwellung möglich. Nach Entfernung eines Fremdkörpers etwaige weitere im gleichen u. anderen Ohre suchen! **Therapie:** In den Geweben befindliche Fremdkörper (Projektile, Nadeln u. a.) nötigenfalls operativ zu entfernen, im Gehörgang liegende zunächst ausschliesslich mit Spritze u. warmem Wasser, allenfalls in wiederholten Versuchen; lebende Tiere durch langsam einzugiessendes warmes Wasser oder Öl. Entzündliche Schwellung der Haut des Gehörganges zuerst beseitigen (5 % Carbolglycerintropfen  $3 \times$  tgl., 1‰ Sublimatspiritus, 4 % Wasserstoffsperoxydlösung, leichte Gazeeinlage, Ohreisbeutel). Bei Kindern ev. selbst zum Spritzen Chloroformnarkose nötig. Festsitzende Fremdkörper nach vergeblichem Ausspritzen mit Sonde, scharfem Häkchen, Mäusezahn (nicht Pinzette!) extrahieren; nötigenfalls Ablösung der Ohrmuschel von hinten durch Schnitt 1 cm hinter ihrem Ansatz am Warzenfortsatz, Loslösen des knorpeligen Gehörgangs in seiner hinteren Hälfte und Durchschneiden desselben, um unmittelbar an den Fremdkörper zu gelangen. Nach Entfernung Wunde primär schliessen, Gehörgang mit Gaze tamponieren. Ist Fremdkörper durch Trommelfell in Paukenhöhle gelangt, Mittelohrentzündung behandeln. (Hierbei Status wegen ev. gerichtlicher Untersuchung notieren!) Bloch.

**Fremdkörper im Pharynx.** Hauptsächlich hinter dem vorderen Gaumenbogen in der Mandelbucht sitzend, jedoch auch an sämtlichen anderen Pharynxpartien vorkommend. **Ätiol.:** Hineingeraten bei Nahrungsaufnahme (Fischgräten, Knochenstückchen), seltener durch Hinabgehen aus Nasenhöhle in Nasopharynx (Wattestücke, Instrumententeile nach ärztlichen Manipulationen). **Sympt.:** Würgereiz, Schluckbeschwerden, unbestimmt lokalisierter Schmerz, meist stechender Art, auch häufig nach dem Ohre ausstrahlend, meist örtlich begrenzte Reizung des Sitzes und der näheren Umgebung, auch Speichelfluss. Aber alle Symptome verschieden nach Sitz u. Art des Fremdkörpers, nicht regelmässig auftretend. **Komplik.:** Selten; Pharyngitis; Drucknekrosen mit ihren Folgezuständen kaum vorkommend. **Diff.-Diagnose:** Neben genauer Anamnese sorgfältige Untersuchung mit und ohne Spiegel (Rhinoscopia posterior für den Nasenrachen). Besonders wichtig Absuchen mit Mandelhäkchen der Mandelbucht, wo namentlich Fischgräten sich gern verbergen (s. o.). Cf. F. der Luftwege u. Nase. **Therapie:** Entfernung des F. — wenn nötig unter

Cocainanästhesie (örtliche Bepinselung mit 10—20 % Lösung) — mit fassenden Instrumenten; nur selten schwierig. Danach gewöhnlich Schwinden der Begleit- u. Folgeerscheinungen, andernfalls besondere Behandlung derselben je nach Indikatio.n.

Max Senator.

**Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Ätiol.:* Beim Essen grosse Bissen oder spitzige Knochen, Gräten, Gebisse u. dgl. Bei Kindern Münzen, Knöpfe usw. Im Schlaf u. in der Narkose Zähne oder Gebisse. Lieblingssitz: Ringknorpelhöhe, Bifurkation, Kardia. *Sympt.:* Manchmal gering, nur Druck, Stechen, Unfähigkeit zum Schlucken, Würgreiz. In anderen Fällen schwere Blutung, auch Hautemphysem am Hals (Perforation!). Dann Prognose sehr schlecht wegen Gefahr der Mediastinitis. *Diagnose:* Mund, Rachen, Larynx genau inspizieren. Schluckversuche machen. Sondierung mit Vorsicht!, bes. bei spitzen F. Oesophagoskopie, Röntgenstrahlen. *Therapie:* Nur durch geschulte Hände. Extraktion nach oben mit Zange oder unter Leitung des Oesophagoskops. Unschuldige F. (Münzen usw.) können mit Sonde, Münzenfänger, Kornzange usw. in den Magen gestossen werden, gehen per vias naturales ab (s. Magen-Darm). Sonde nie gewaltsam vorstossen. Zuweilen bleibt Fremdkörpergefühl, durch Schleimhautläsionen bedingt, lange, während F. schon verschwunden.

Kaposi.

**Frostbeulen.** Chronische durch Kälte hervorgerufene blaurote Anschwellungen an Händen, Füßen, Gesicht; entwickeln sich stark juckend zu Frostgeschwüren. Vorkommen bes. bei Chlorotischen. *Therapie:* Alkoholumschläge, heisse Sandbäder, Chlorkalksalbe (Rp. Calcar. chlorat. 5,0, Ungt. Paraffini ad 100,0) oder russische Frostsalbe (Rp. Acid. hydrochlor. 30,0, Extr. Opii 2,5, Camphor. 10,0, Terebinth. laricin. 20,0, Medull. oss. 40,0, Ungt. Althaeae 120,0). Bei Frostgeschwüren Rp. 195. Daneben Allgemeinbehandlung ev. Chlorose.

M. Joseph.

**Frühjahrskatarrh.** *Ätiol.:* Einwirkung der Sonnenbestrahlung? Prädisponiert jugendliche, bes. männliche Personen mit lymphatischer Diathese. *Sympt.:* Bei der palpebralen Form Lidbindehaut milchigweiss, opak, glasig. Oft harte, platte, „pflastersteinförmige“ Prominenzen auf der Conj. tarsi. Bei der bulbären Form graurötliche glasige Buckelchen am Limbus, oft übergreifend auf Hornhaut; ab und zu rings um den Cornealrand zu wallartiger Erhebung vereinigt; mit Vorliebe allerdings nur innerhalb der Lidspaltenzone. Beide Formen kommen isoliert u. vereint vor. Der Prozess belästigt durch Jucken, Brennen, Lichtscheu, ist sehr langwierig, recidiviert gern mit Eintritt der warmen Jahreszeit, manchmal auch

aus unbekanntem Gründen. **Diff.-Diagnose:** Follikel beim Trachom\* sulzig, weich; Oberfläche der Bindehaut dunkelrot injiziert. Episkleritische Buckel am Limbus sind druckempfindlich. Phlyktaenen schmelzen auf der Kuppe in Gestalt eines kleinen grauen Kraters ein. **Therapie:** Allgemein roborierende Diät, Eisen. Lokal Massage mit gelber Augensalbe (Rp. 194). Kalte Umschläge, Verband, Lichtabschluss. — Anmerkung: Der Frühjahrskatarrh hat nichts mit Heuschnupfen gemein.

Schieck.

**Funiculitis und Deferentitis.** **Ätiol.:** Akute u. chron. Gonorrhoe. **Sympt.:** Sobald der gonorrhoeische Prozess auf hintere Harnröhre übergegangen ist, besteht Gefahr, dass Gonokokken durch Ductus ejaculatorii nach Vas deferens u. Nebenhoden fortschreiten. Nicht bei jeder Epididymitis auch Deferentitis; Vas deferens ev. nur Durchgangspassage. Der gonorrhoeische Prozess lokalisiert sich sehr häufig zuerst im Schwanz des Nebenhodens u. erst von da aus im Samenleiter. Hierbei der schmerzhafteste Samenstrang oft kleinfingerdick angeschwollen bis zum äusseren Leistenring u. in diesen hinein zu verfolgen. Seltener Vas deferens zuerst oder allein erkrankt, u. später folgt der Nebenhoden. Bei isolierter Deferentitis fühlt man in der Leistengegend eine sehr empfindliche, harte cylindrische Geschwulst, die sich bis zum Nebenhoden verfolgen lässt. **Therapie:** Warme Umschläge. Lokale Behandlung der Gonorrhoe.

M. Joseph.

**Furunkel.** **Ätiol.:** Meist mechanisch (enge Halskragen, reibendes Kleidungsstück) bewirkte Infektion eines Haarbalges oder der Talgdrüsen durch Eiterkokken. Begünstigt durch Unreinlichkeit, daher an weniger sauber gehaltenen Stellen, wie Achselhöhle, Anus, Nacken häufig. **Sympt.:** Schmerzhafter roter Knoten in der Haut, mit gelbem centralen Eiterpfropf (Nekrose), oft mit Lymphangitis u. Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen. Mitunter Fieber. **Komplik.:** Schwere Lymphangitis u. Lymphadenitis, Vereiterung der Drüsen, allgemeine Pyämie, Osteomyelitis, paranephritischer Abscess. Ferner Ausbreitung der F. auf andere Körperstellen (Furunkulose), durch unzuweckmässige Verbände, namentlich Umschläge, Pflaster, Salben, dann Unreinlichkeit. Verlauf ev. monatelang. Stets auf Diabetes untersuchen! **Therapie:** Am besten u. sichersten möglichst frühzeitige, genügend tiefe Incision durch den nekrotischen Pfropf in Lokalanästhesie. Keine feuchten Verbände oder Salben, niemals Pflaster, wegen Gefahr, dass Nachbarhaut infiziert wird. Oft genügt Stichincision u. Saugen mit Bier'scher Sauglocke, macht aber Schnitt nicht immer entbehrlich. Nicht ausdrücken oder auslöffeln! Bei Furunkulose alle neuen Herde früh

incidieren, tägliche Bäder, stets reine Wäsche, Verbände oft erneuern, Diät u. Stuhl regulieren, Hefekur (gewöhnliche Bierhefe oder Präparate wie Faex medicinalis, Trygase, Levurinose usw. mehrmals tgl. 1 Teelöffel).

Besonders gefährlich **Gesichts-** u. **Unterlippenfurunkel** wegen rascher Thrombophlebitis der Gesichtsvenen, Meningitis, Allgemeininfektion. Hierbei oft enorme Schwellungen des ganzen Gesichtes u. der Augenlider, hohes Fieber mit Benommenheit; bei Incision Lippe mit Pfröpfen durchsetzt. **Therapie:** Am besten frühzeitige, ausgiebige Incisionen. Bier'sche Schule empfiehlt warm Halsstaubinde, mehrere Tage 18—22 Stunden, soll grosse Incisionen unnötig machen. Kaposi.

**Fussgeschwulst.** **Ätiol.:** Bruch eines Metatarsalknochens (gew. des 2. oder 3.); aber auch Periostitis. **Sympt.:** Plötzlich beim Marsch auftretender Schmerz im Mittelfuss, Weitergehen nur unter grossen Schmerzen möglich. Meist deutliche Geschwulst am Fussrücken; bei Fraktur später Knochenverdickung (Callus). **Diff.-Diagnose:** Gegenüber einfacher Bänderzerrung umschriebene Druckschmerzhaftigkeit. Röntgenbild! **Therapie:** 2—3 Wochen Bettruhe, Hochlagerung des Fusses. Bei sehr starken Schmerzen ev. fixierender Verband, hydropathische Umschläge bzw. Morphiuminjektion; auch Jodpinselungen. Prognose gut. Leser.

**Galaktorrhoe.** Dauerndes Ablaufen der Milch ausserhalb des Stillgeschäfts; kann zu Erschlaffungszuständen der Mutter führen. **Ätiol.:** Zu reichliche Milchproduktion, Folge von Reizzuständen. **Therapie:** Flüssigkeitsarme Kost; reichliche körperliche Bewegung; Ausschaltung psychischer u. körperlicher Reize. Täglicher Stuhlgang. Watteeinwicklung der Brüste zur Vermeidung mechanischer Reizung durch Leibwäsche. Selten Stillverbot erforderlich (auch mit Rücksicht auf Überfütterung des Kindes). Kayser.

**Gallensteinkrankheit.** **Ätiol.:** „Steinbildender Katarh“, der leichter bei Verdickung (Stauung) der Galle auftritt. Sitzende Lebensweise, reichliche Fleischnahrung, Alkoholica, Obstipation, Enteroptose (Zerrung), Gravidität disponieren deswegen dazu. Bei Frauen (bes. fettleibigen) daher bes. häufig. Schnürleber u. Steine oft zusammen. **Sympt.:** 1. Mechanische u. entzündliche Folgeerscheinungen vielfach ganz fehlend (nur bei Sektion). 2. Oder nur ab u. zu geringe dyspeptische Beschwerden, Stuhlunregelmässigkeit, Sensationen in Magen- u. Lebergegend, bes. nach Bewegung, Mahlzeiten, Erregungen usw. Etwas Leberschwellung (bes. wenn sich wiederholend), Gallenblasengegend empfindlich, ev. leichter Ikterus (bes. diff.-diagnostisch wichtig). 3. Bei einem (kleinen) Teil schwer bis töd-

lich verlaufend. — Gallensteinkolik: Von selbst (bes. abends oder nachts plötzlich aus dem Schlaf erwachend) oder (bes. gern) im Anschluss an körperliche Bewegungen, nach grösseren Mahlzeiten, Diätfehlern, psychischen Erregungen, Erbrechen, bei Menseseintritt — a) infolge mechanischer Einklemmung (im Cysticus) bei Wanderung der Steine; erfolgreich, wenn Steine mit Stuhlgang abgehen; erfolglos, wenn in Blase zurücktretend (1 Woche tägl. Stuhl untersuchen!). b) Von einfacher Cholecystitis u. Cholangitis abhängig (immer?), oft kürzer, leichter, auch ohne Steinwanderung. c) Gemischt. — Kleine Steine gehen ev. symptomlos ab (bes. bei älteren Leuten). Im Anfall heftiger Schmerz (Angstschweiss, Unruhe usw.) in Lebergegend, allseits ausstrahlend, Lebergegend öfter ein wenig aufgetrieben, Leber ev. etwas vergrössert, Druck bes. in Gallenblasengegend oft sehr schmerzhaft. Bauchdecken gespannt; wenn weich, ev. Gallenblase zu fühlen (schmerzhaft, prall)! Oft (Schüttel-) Frost, danach Fieber (bis 40°), auf Infektion deutend (bei nervösem Frost Fieber fehlend); meist remittierendes Fieber nachher. Oft Singultus, Erbrechen, Ikterus, auch geringster (Conjunctiven) beweisend; auch wenn Stein nur im Cysticus. Auftreten möglich, nach 12 Std. zuerst bemerkbar. Wenn Stein im Cysticus stecken bleibt, Entwicklung eines Hydrops vesicae felleae; Gallenblase ev. birnförmig zu fühlen; auch symptomlos. Peritonitische Verwachsungen mit Nachbarorganen oft schon frühzeitig u. Ursache von Beschwerden, auch schon vor dem 1. Anfall. Beim Steckenbleiben im Choledochus (ev. Monate = chronischer Choledochusverschluss): schwerer Ikterus, Ikterusleber, daraus biliäre Cirrhose. Wichtig, dass öfter partieller Gallenabfluss neben dem Stein möglich; ev. intermittierendes Fieber dabei. Wenn Cholecystitis (Empyem) u. Cholangitis purulenta (letztere bes. schwer aber seltener), schwerste Erkrankungen; obige Symptome verstärkt, septische Fröste und Fieber. Drucknekrose (bes. im Cysticushals), Perforation, eitrige Peritonitis. Wenn vorher Verwachsungen (oft reichlich, mit allen Nachbarorganen möglich) dorthin Durchbruch, bes. oft ins Duodenum; wenn durch Haut, dann äussere Gallenblasenfistel. Dann auch grössere Steine abgehend, durch Gallenwege sonst nur bis ca. 1 cm Durchmesser; Spontanheilung so möglich. — **Komplik.:** Leberabscesse, die auch bei den in intrahepatischen Gallengängen gebildeten (ev. in Nischen liegenden) Lebersteinen auftreten können, Pylephlebitis suppurativa, Pyämie. — Fettnekrosen, wenn Duct. Wirsungianus verlegt oder entzündet. — Gallensteinileus: Darmlumen verlegt; Krampf um den Stein. — Verödung der Gallenwege (Verwachsung), auch Duodenal-, Pylorusstenosen. Oft anschliessend Carcinom der Gallenwege. **Diff.-**



**Diagnose:** Oft schwierig. Genaueste Anamnese! Schmerz-anfälle vom Magen, Darm, Niere (Steine, Wanderniere) her, nervöse Schmerzen, Blinddarmentzündung, Flatulenzbeschwerden. Oft nur Vermutungsdiagnose. Bei chron. Choledochusverschluss durch Carcinom fehlt meist Kolik, Fieber, Schüttelfrost: Ikterus langsam stärker werdend (keine Remission); palpatorischer Befund; oft Ascites; Kachexie bes. zuletzt stärker werdend. Bei chron. Steinverschluss (s. o.) Koliken, Ikterus wechselnd, Kachexie nur, wenn sehr lange Dauer (Jahre), Gallenblase eher schrumpfend. **Therapie:** Prophylaktisch Lebensweise usw. (s. Ätiol.) regeln. Bei Kolik Morphium 0,015 (Rp. 131) nach Bedarf, auch 2 stdl. 15 Tr. Tinct. opii, Bett, Kataplasmen oder Eisblase, flüssige Kost. Sonst Ziel der inneren Behandlung: Herbeiführung eines Latenzstadiums durch Beseitigung der Gallenwegentzündung. Dazu: 4—8 Wochen Ruhetur, fortgesetzt Kataplasmen, heisser Mühlbrunnen nüchtern und vormittags  $\frac{1}{4}$  l (Armen das Salz oder nur heisses Wasser), leichte Kost, Stuhlgang regeln. Im Latenzstadium prophylaktisch jährliche Sommerkuren in Karlsbad, Neuenahr, Bertrich, Kissingen, Ems, Tarasp, Vichy und Hauskuren (Frühjahr und Herbst): morgens u. abends Kataplasmen oder grosser Thermophor (1 St.),  $\frac{1}{2}$  l Karlsbader Wasser möglichst heiss. Andere Kuren: 100—200 g Olivenöl, auf 1 Tag verteilt (Citronensaft oder Menthol 0,5 : 200 geschmackbessernd). Chologen (praktisch bewährt), Anweisung beiliegend. Cholelysin 3  $\times$  1,0; Eunatropillen 2—3  $\times$  tgl., 3 Monate, Probilinpillen 4 Stück nüchtern in heissem Wasser ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  l). Indikationen zur Operation: Häufung der Anfälle und starkes Herunterkommen, bzw. wenn Beruf dadurch unmöglich u. Lebensgenuss gestört; akute Cholecystitis (Empyem); eitrige Cholangitis; Abscessbildung; Hydrops der Gallenblase (nur bei Beschwerden); Choledochusverschluss; wenn gründliche interne Kur erfolglos oder Kräfteverfall, völlige Appetitlosigkeit; bei Morphinismus (als Folge); chron. Ikterus ohne ersichtliche Ursache, spätestens nach 3 Monaten (ev. Pankreatitis chronica); Pylorus-, Duodenalstenose; Gallensteinileus. Contraindikationen: Hohes Alter, Diabetes, Arteriosklerose, Nephritis chronica, Herz- und Lungenleiden; bei Fettleibigen schlecht vertragen. Arneth.

**Chirurgische Therapie:** Oberster Grundsatz bei allen Eingriffen: Jedesmal sich von Gangbarkeit der grossen Gänge (Cysticus u. Choledochus) überzeugen, weil davon Eingriff abhängig. Zu unterscheiden: 1. Cholecystotomie: Eröffnung der Gallenblase, Entfernung der Steine, Naht u. Versenkung des Organs (= Cystendyse oder ideale Cystotomie). 2. Cholecystostomie: Anlegung einer zeitweise offenbleibenden Gallenblasenfistel. 3. Cholecystektomie: Exstirpation der Gallen-

blase; oft ausgeübt. 4. Choledochotomie: Incision des Choledochus, öfters verbunden mit Drainage des Hepaticus; nur ausnahmsweise. 5. Choledochotripsie: Zertrümmerung des Steins im Choledochus. 6. Cholecystenterostomie: Anlage einer Verbindung zwischen Gallenblase u. Darm bei nicht zu beseitigender Unwegsamkeit des Choledochus. Technik cf. Lehrbücher; jedenfalls grosser übersichtlicher Schnitt, ev. Hervorwälzen der Leber über den Rippenrand, falls Blase geschrumpft bzw. hinter Leberrand liegend. — Am vorteilhaftesten ist die ideale Cystotomie; von vielen Cystektomie bevorzugt. Letztere jedenfalls bei schwerer Erkrankung der Blase besser; bei leichter Erkrankung derselben Cystostomie am Platze. Bei Cholangitis ist Choledochus- u. Hepaticus-Drainage vorteilhaft. Bei Tumor usw. im Choledochus Cystenterostomie, um Abfluss der Galle in Darm wieder zu ermöglichen. Leser.

**Ganglion.** Überbein. *Ätiol.:* Selten akutes, öfter chronisches Trauma (z. B. Überanstrengungen bei körperlichen Übungen). *Sympt.:* Langsam wachsende kirsch kern- bis nuss-grosse kuglige harte Tumoren (von Sehnenscheiden, Schleimbeuteln, Synovialis ausgehend), von normaler Haut bedeckt. Mitunter Beweglichkeitsbeschränkung, selten Schmerz. Lieblingssitz Handrücken, distal vom Ligamentum carpi, seltener Handbeugeseite oder Fussgelenk. Öfter bei jugendlichen weiblichen Individuen als bei männlichen. *Therapie:* Manchmal genügt Zerklopfen mit Holzhammer (Handtuch unterlegen!) u. folgende Kompression, sicher die Exstirpation in peinlicher Asepsis wegen steter Eröffnung von Gelenken oder Sehnenscheiden, die leicht infiziert werden. Punktion u. Injektion reizender Substanzen sehr unsicher. Kaposi.

**Gangrän.** Trockener u. feuchter Brand (ersterer besser „Mumifikation“). *Ätiol. u. Sympt.:* Senile G.: Durch Atherom u. Sklerose der Gefässe, oft kombiniert mit Diabetes. Langsames Brandigwerden peripherer Extremitätenteile, centrales Fortschreiten. Oft mit heftigsten Schmerzen unter dem Bilde des trockenen Brandes. Allmählich Demarkation. Bei gleichzeitigem Diabetes öfter feuchter Brand, dann Ödem u. Fieber. Embolische G.: Durch Embolie einer Hauptschlagader, bei Herz- u. Gefässerkrankungen. Setzt plötzlich mit heftigsten Schmerzen ein; der verstopfte Gefässbezirk erst blass, cyanotisch, dann brandig; wegen Infektion des Embolus, z. B. bei septischer Endokarditis, rasch faulend. Prognose stets sehr schlecht. Symmetrische G. s. Raynaud'sche Krankheit. Ergotin-G.: Bei Vergiftung mit secalehaltigem Mehl zusammen mit Kriebelkrankheit oder auch allein. Beginnt mit Parästhesien,

dann trockner Brand der Zehen, seltener Finger. Carbol-G. (durch Carbolumschläge an Fingern u. Zehen 2%ig oder höher) führt oft zu völliger Mortifikation. Hysterische G.: Stets durch Chemikalien (Laugen oder Säuren) mit der Absicht zu täuschen; kenntlich an der Streifenform. **Therapie:** Operativ. Bei beginnendem Brand zur Verhütung venöser Stauung Hochlagerung, leichte Flanellbindenwicklung. Bei feuchter Gangrän Abtragung der Blasen, Alkoholumschläge. Bei langsamem Fortschreiten, geringen Schmerzen, gutem Kräftezustand kann Demarkation abgewartet werden, bei raschem Kräfteverfall sofort Amputation. Weit central (Oberschenkel, Oberarm) ohne Esmarch'sche Blutleere mit lokaler oder lumbaler Anästhesie. Cf. Decubitus, Erfrierung, Lungengangrän.

Kaposi.

**Gastralgie** (Magenschmerz). **Ätiol.:** Ulcus ventriculi, Erosionen, Superacidität, Magensaftfluss, Ulcusnarben mit Pylorospasmus, Magencarcinom, nervöse Gastralgie resp. Magenhyperästhesie (bei Chlorose, Hysterie, Neurasthenie), gastrische Krisen. **Sympt.:** Schmerz sofort nach Nahrungsaufnahme bei nervöser Gastralgie; 1—3 Std. nach den Mahlzeiten bei Ulcus, Erosionen, Superacidität; nachts bei Magensaftfluss. Bei Carcinom selten heftiger, schneidender, meist nur dumpfer Druckschmerz. Gastrische Krisen unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Bei Ulcus u. Carcinom häufig Blutungen im Kot resp. Blutbrechen. Superacidität u. Magensaftfluss\* durch Sondenuntersuchung zu erkennen. Bei gastrischen Krisen sonstige Tabessymptome. Rein nervöse Gastralgie (selten!) nur per exclusionem; Schmerz meist unabhängig von Nahrung, durch lokalen Druck vermindert. Eigentlicher Schmerz in der Regel organisch bedingt. **Diff.-Diagnose:** Die meisten Schmerzfälle, die zu Verwechslungen führen können, nicht so regelmässig u. häufig, wie eigentliche Gastralgien. Angina pectoris\* (meist unabhängig von der Nahrung). Dyspraxia intermittens intestinalis (S. 36); wichtig Quantität der Nahrung. Gallensteinkoliken (Schmerz mehr nach rechts gelegen als bei G.; häufig Ikterus nach Anfall oder in Anamnese; Gallenfarbstoff im Urin; ev. palpabler u. druckempfindlicher Gallenblasentumor). Darmkoliken (auch Bleikolik!), oft vom Pat. als Magenkrämpfe bezeichnet (meist gleichzeitig Obstipation oder Diarrhoe, resp. Zeichen von Darmkatarrh; Erleichterung nach Abgang von Stuhl oder Blähungen). Pankreassteinkoliken (sehr selten; bei Einklemmung ev. Störungen der Fettverdauung). Herniae epigastricae\* (durch Palpation meist leicht festzustellen). **Therapie:** Die der Grundkrankheit. Symptomatisch: Wärmeapplikationen (Kataplasmen, Thermophore, Dampfkompresen, Leiter'sche Apparate mit Heisswasserzufluss; ev. Anästhesin (Rp. 5), Dionin

(Rp. 136) oder Belladonna (Rp. 144, 146). Morphium wohl meist zu umgehen; selbst bei gastrischen Krisen zuerst noch Versuch mit Injektion von physiolog. Kochsalzlösung in die Haut des Epigastriums. Cf. Koliken. Beuttenmüller.

**Gastritis acuta.** *Ätiol.:* Überladung des Magens mit Speisen u. Getränken (speziell Alkoholica). In Zersetzung begriffene Nahrungsmittel (Wurst, Fisch; cf. Fleischvergiftung). Meist gleichzeitig Enteritis u. Durchfall; seltener Obstipation. Cf. Gastritis toxica\*. *Sympt.:* Magendrücken, Übelsein, Brechreiz, Aufstossen, Erbrechen; Appetitlosigkeit. Bei Mitbeteiligung des Darms entsprechende Symptome (cf. Enteritis acuta\*). Mattigkeit, Kopfdruck, Schwindel; manchmal Fieber u. Herpes labialis. Objektiv: Blasses Aussehen, Foetor ex ore; Temperatur normal oder leicht gesteigert (bei Kindern oft hoch); Druckempfindlichkeit der Magengegend. Bei Ausheberung Fehlen der Salzsäure, Schleimbeimengung. *Diff.-Diagnose:* Anamnese! An beginnenden Typhus oder Perityphlitis denken! *Prognose:* Abgesehen von kleinen Kindern u. Greisen günstig. *Therapie:* Im Beginn Magenspülung oder Brechmittel (grosse Mengen lauwarmen Seifenwassers oder Kamillentees, Rp. 78 ff.). Bestehen nach Entleerung des Magens noch starke Beschwerden oder Fieber, dann Abführmittel: Kalomel  $2 \times 0,25$  innerhalb 1 Std. oder 1—2 Essl. Ricinusöl ev. in Kapseln. Diät: Anfangs hungern; nur kalten schwarzen Tee mit Kognak, Eisstückchen. Nach 1—2 Tagen Schleimsuppen, Rotwein, Bouillon mit Ei. Nach Aufhören von Magenbeschwerden u. Diarrhöen erst Breie (Gries, Reis, Kartoffel), geschabtes Beefsteak, gekochtes Geflügel. Allmählicher Übergang zur normalen Kost. Bei Durchfall s. Diarrhoe u. Enteritis acuta. Bei starker Appetitlosigkeit: Rp. Tinct. Chin. comp., Acid. hydrochl.  $\text{aa}$  15,0. S.  $3 \times$  tgl. 20 Tr. in Wasser; cf. Anorexie. Bei Fieber Bettruhe. Wärmeapplikation (wollene Binde, Priessnitz) auf den Leib. Beuttenmüller.

**Gastritis chronica.** *Ätiol.:* Primäre Gastritis durch mangelhaftes Kauen der Speisen (hastiges Essen, schlechte Zähne); häufige Überladung des Magens; unzureichende Ernährung (Entbehungen); Alkoholmissbrauch (Schnaps!); ferner Missbrauch von Tabak, Tee, Kaffee, Gewürzen; Abusus purgantium. Sekundäre G. bei Zirkulationsstörungen (Herz-, Leber-, Nierenleiden), ferner bei Kachexie (Carcinose, Anämie); bei anderweitigen Magenleiden (Carcinom, Ektasie). *Sympt.:* Appetit meist vermindert; manchmal launisch. Schlechter Geschmack im Mund. Druckgefühl in Magengegend, Aufgetriebensein nach gewissen schwer verdaulichen Speisen (flüssig-breiige Kost u. geringe Quantitäten machen keine Beschwerden). Bei unkomplizierter G. keine Schmerzen. Übelkeit, Aufstossen

(manchmal sauer; dann auch häufig Sodbrennen). Erbrechen selten (bei Säuerkatarrh jedoch Vomitus matutinus). Allgemeinbefinden mehr oder weniger gestört: Mattigkeit, nervöse Verstimmung; Neigung zu Schwindel, Atembeklemmung, Herzklopfen, leichte Pulsirregularitäten. Objektiv: Kräftezustand verschieden; häufig leichte Anämie; Foetor ex ore. Manchmal geringe Druckempfindlichkeit der Magengegend. Nüchtern kein Inhalt. Nach Probefrühstück schlecht chymifizierter Inhalt, wechselnd starke diffuse Schleimbeimengung. Freie Säure (dgl. Fermente) seltener (initial!) gesteigert (G. acida), meist herabgesetzt (G. subacida) bis aufgehoben (G. anacida, Achylie\*). Milchsäure bei einfacher G. nie, überhaupt keine Gärungen wegen der meist beschleunigten Motilität. Stuhlgang wechselnd; nicht selten („gastrogene“) Diarrhöen. **Verlauf u. Prognose:** Bei entsprechendem Verhalten oft Heilung; jedoch Behandlung langwierig; Recidive häufig. **Diff.-Diagnose:** Beginnendes Carcinom\* auszuschliessen; bei Pyloruscarcinom mit Stauung leicht, bei anderem Sitz oft unmöglich (occulte Blutungen, Kachexie). Bei Magenneurosen\* sprunghafter Wechsel der Beschwerden, Unabhängigkeit von bestimmten Speisen, fehlender Schleimgehalt des Ausgeheberten. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens, Beseitigung aller Schädlichkeiten (Trink- u. Rauchverbot; Gebiss!). Diät: Breiig-flüssige resp. fein zerteilte Form (gut kauen!). Erlaubt alle Suppen u. Breie, nicht fette Eierspeisen, passierte Gemüse, kernfreie süsse Kompotte; von Fett Rahm u. Butter; Weissbrot, am besten geröstet, Zwieback, Cakes; Nährpräparate; nicht fette u. bindegewebsarme Fleisch- u. magere Fischarten; Kartoffeln nur als Puree. Von Getränken erlaubt: Tee, Milch, Kakao, Schokolade, Fruchtsäfte. — Bei G. acida Verbot von Gewürzen, kalten Getränken. Medikamentös: bei Anorexie\* Amara. Bei Superacidität\* Belladonna u. Alkalien; Karlsbader Kuren. Bei Sub- u. Anacidität Acid. hydrochl. dil. (3 × 20 Tr. in Wasser nach dem Essen); Pepsin (Rp. 155); Acidol (Rp. 156, 157); Kuren in Homburg, Kissingen, Wiesbaden. Morgens ev. Magenspülungen mit physiolog. Kochsalzlösung oder den genannten Brunnen.

**Stenosierende Gastritis:** G. atrophicans mit sekundärer Hypertrophie der Pylorusmuskulatur, Ektasie u. Stauung. Sehr selten. Interne Behandlung wie bei Pylorusstenose\*; ev. Operation. Beuttenmüller.

**Gastritis phlegmonosa.** Eitrige Entzündung der Magenwand; sehr selten. **Ätiol.:** Meist sekundär bei Septicopyämie, nach Magenverätzungen; weniger häufig primär ohne nachweisbare Ursache. **Sympt.:** Erbrechen, Übelkeit, Appetitlosigkeit. Heftiger Schmerz in Magengegend, durch Druck meist gesteigert. Starke Störungen des Allgemeinbefindens. Hohes

atypisches Fieber. Frühzeitig schlechter Puls. Exitus innerhalb 1—2 Wochen unter steigender Benommenheit oder unter Zeichen der Perforationsperitonitis. — Bei lokalisierter G. phl. („Magenabscess“) dieselben Symptome; selten Tumor zu fühlen. Verlauf manchmal etwas langsamer. **Diagnose:** Wohl selten intravitam möglich. **Prognose:** Infaust. **Therapie:** Eisbeutel, Narcotica, Excitantien. Bei primärer Form vielleicht chirurgischer Eingriff.

Beutenmüller.

**Gastritis toxica.** Schwere akute G., hervorgerufen durch Vergiftungen (Säuren, Alkalien, Schwermetalle usw.), sowie auch durch bakteriell-toxische Infektionen (cf. Fleischvergiftung). **Sympt.:** Heftige Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen mit Beimengungen von Schleim u. ev. Blut; schwere Störungen des Allgemeinbefindens. Objektiv: Starke Druckempfindlichkeit der Magengegend; Kollapssymptome; ev. rascher Exitus. In leichteren Fällen langsame Heilung ohne oder mit Defekten (Schleimhautatrophie, Narbenstenosen). **Diagnose** Anamnese; ev. Verätzungen an Mund u. Rachen; Untersuchung des Erbrochenen. **Therapie:** Magensonde bei Verätzungen kontraindiziert. Brechmittel (Seifenwasser). Antidota (cf. die einzelnen Vergiftungen). — Später sorgfältigste Schonungsdiät; ev. chirurgische Therapie.

Beutenmüller.

**Gaumenmandelhypertrophie.** Vergrößerung beider Tonsillen oder einer T. (gewöhnlich beim Hervorragen aus der Gaumenbogennische als „hypertrophisch“ bezeichnet). Eigentlich stets Affektion der Entwicklungsjahre, die in spätere Zeit hinüberdauert, mitunter auch angeboren. **Sympt.:** Je nach Grösse usw. mehr oder minder ausgeprägt. 1. Klossige Sprache, behinderte Nasenatmung (wegen Empordrücken des Gaumensegels durch die Mandelwülste u. teilweiser Verlegung des Nasenrachens), daher Mundatmung mit Schnarchen. 2. Mechanisch beschränkte Gaumensegelbewegung, ungenügende Aufnahme u. Zerkleinerung der Nahrung wegen momentanen Luftungers (gleichzeitige Erschwerung der oralen u. nasalen Atmung), namentlich bei sehr starken beiderseitigen Hypertrophien. 3. Schlechter Schlaf, Mattigkeit, mitunter bei Bildung von Mandelpröpfen (Retention von Sekret und Speiseresten in den Mandelbuchten), Foetor ex ore. **Komplik.:** Adenoide Vegetationen\* (sehr häufig gleichzeitig, Waldeyer'scher Schlundring), Pharyngo-Laryngitis wegen lokaler Zirkulationsstörung u. wegen Mundatmung, öfters Schwellung der Halslymphdrüsen, grosse Neigung zu Angina\* mit häufigen Recidiven (sog. Angina habitualis) u. nachfolgender Peritonsillitis\*, Neigung zu Polyarthritus rheumatica acuta\*. **Diff.-Diagnose:** Tumoren der Mandeln (namentlich bei einseitigen Affektionen): Lipome, Sar-

12\*

kome, Lymphome, Lymphosarkome, Mandelsteine, Leukämie\*, Pseudoleukämie\*. **Therapie:** Medikamentöse u. diätetische usw. Behandlung nutzlos. Bei wirklicher Indikation operative Abtragung des hypertrophischen (die Gaumenbögen überragenden Teiles) mit schneidenden Instrumenten (Tonsillotome, auch geknöpfte Tonsillenskappe) in einem Schnitt; nur wenn letzteres unmöglich, stückweise Abtragung (scherenförmige Conchotome). Bei Gefahr der Blutung (vor der man nie ganz sicher (wegen Verlaufsanomalien der Arteria tonsillaris oder Rigidität der Gefäße bei älteren Patienten) galvanokaustisch glühende Drahtschlinge sehr empfehlenswert. Für gewöhnlich schneidende Instrumente vorzuziehen wegen besserer Wundheilung u. geringerer Nebenverletzungen. Lokale Anästhesie (Aufpinselung von Cocainlösung 10—20% auf Tonsillioberfläche oder Einspritzen in Tonsillengewebe von Cocain  $\frac{1}{2}$ —1%, auch Novocain 1%, beides mit einigen Tropfen Suprarenin oder Paraneprhin oder Adrenalin, sämtlich 1‰) wenig wirkend; besser Leitungsanästhesie des Nerven durch Einspritzung in oberen Gaumenbogenwinkel. Bei Kindern, welche stets gut zu fixieren sind, ev. Bromäthernarkose (cave Hinabfließen von Blut in die Lungen; Kopf nach Operation sofort nach vorn-unten!). Nachbehandlung: Ruhe, flüssige Diät, Schweigen, ev. Eisschlucken (auch Fruchteis); Patienten nicht allein lassen, bevor Blutung mit Sicherheit steht, stets auf Nachblutung auch nach den ersten 24 Stunden gefasst sein. Adrenalin u. a. Nebennierenpräparate (s. o.) zur Blutstillung ungeeignet, da nur vorübergehende Gefäßcontraction mit späterer stärkerer Dilation. Recidive trotz guter Operation nicht ausgeschlossen, deshalb neuerdings Totalexstirpation der Mandeln versucht. Bei Komplik. mit adenoiden Vegetationen gleichzeitige Operation derselben (s. d.).

Max Senator.

**Gaumensegellähmung.** Meist ganzes Velum palatinum, seltener eine Hälfte betreffend. **Ätiol.:** Vorangegangene Diphtherie\*, auch Angina\*; hierbei periphere isolierte Neuritis. Anders bei centalem Ursprung infolge von Bulbärparalyse, Hirnherden aller Art, Tabes u. a.; hierbei meist mit Lähmungen anderer Muskelgruppen (z. B. Zungenhälfte, Schlundmuskeln, vergl. Schlundlähmung). **Sympt.:** Heben des Velum während der Phonation erschwert oder unmöglich, bei einseitiger Lähmung Verzerrung desselben u. der Uvula nach gesunder Seite, Tieferstehen der kranken Hälfte. Rhinolalia aperta mit Entweichen der Luft durch Nase. Speisen, bes. Flüssigkeiten gelangen in den nicht abgeschlossenen Nasenrachen, daher Gurgeln unmöglich, ebenso Aufblasen der Wangen. Schluckbehinderung. Bei centralen Lähmungen je nach Grundleiden u. mitbeteiligten Muskeln verschieden. **Komplik.:** Aufhebung

der Knierreflexe, Akkommodationsparese, Ataxie, in schwersten postdiphtherischen Fällen Atemmuskel- u. Herzmuskellähmung. Bei cerebraler Ursache sonstige Sympt. des Grundleidens (z. B. Stimmbandlähmungen, Schlundlähmung usw.). **Diff.-Diagnose:** Periphere oder centrale Lähmung gewöhnlich unschwer zu unterscheiden. Ferner ob nervöse Lähmung oder mechanische Behinderung bei adenoiden Vegetationen\* u. Gaumenmandelhypertrophie\*. **Therapie:** Neben Allgemeinbehandlung (Tonicis, Ferrum usw.), lokale Faradisierung oder Galvanisierung. Strychnin (Rp. 151—152) meist unnötig. Halbweiche ev. flüssige Nahrung in Pausen u. kleinen Mengen wegen Schluckbehinderung. Bei vollständiger Schlucklähmung Sondenernährung. Bei cerebralen Leiden Behandlung dieser.

Max Senator.

**Gaumenspalte.** **Ätiol.:** Angeborener Bildungsfehler bei Entstehung des embryonalen Gesichtsskelets, oft kombiniert mit einseitiger oder doppelseitiger Hasenscharte\*. **Sympt.:** Mediane Spaltung des harten u. weichen Gaumens, total oder partiell; in der Mitte der Vomer sichtbar, vorne der Zwischenkiefer. Oder seitliche Spaltung des Gaumens, seitlich vom Zwischenkiefer. Neugeborene können schlecht saugen, bekommen leicht Bronchitis (Tod durch Inanition oder Lungenaffektion). Bei älteren Kindern die bekannte nasale Sprache. Speisen geraten leicht in Nasenrachenraum. **Therapie:** Am besten operativ. Nicht vor dem 5. oder 6. Lebensjahr. Nach gelungener Operation Sprachübungen. Oder nicht operativ vom Zahnarzt zu arbeitender Obturator.

Kaposi.

**Gehirnabscess.** **Ätiol.:** Trauma (nur bei gleichzeitiger Verletzung von Weichteilen usw.) oder Infektion von benachbartem oder entferntem Abscess her. Zeitdauer zwischen Trauma u. Abscess wenige Tage bis viele Jahre. Häufigste Infektion von Nachbarorgan bei eitriger Otitis (s. u.); ferner bei Bronchiektasen, Empyem, ulceröser Endokarditis, Phlegmonen, Endometritis. Bisweilen keine nachweisbare Ursache. **Sympt.:** Lokale Symptome je nach Sitz (bei Otitis Schläfenlappen oder Kleinhirn, bei Metastasen gern Gebiet der A. fossae Sylvii, bei Trauma meist Nachbarschaft desselben). Ausfallserscheinungen annähernd ebenso wie bei entsprechend gelegener Apoplexie\*. Allgemeine Symptome: Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber, Benommenheit, Rindensymptome (Krämpfe, Lähmungen) wie bei eitriger Meningitis; tiefe traumatische (oder otitische) Abscesse machen oft erst nach Jahren Symptome. Schüttelfröste u. hohes Fieber selten. Häufig Pulsverlangsamung, Sopor u. Koma, Stauungspapille. Metastatische G. meist nur erkennbar an Lokalsymptomen (Paresen, Aphasie, cerebellare



Ataxie usw.). **Diff.-Diagnose:** Bei raschem Eintritt gegen eitrige Meningitis\* kaum möglich; bei langsamerem: Hirntumor (häufiger Stauungspapille, seltener Fieber, schleichendere Entwicklung), traumatische Neurose (Stigmata!). Cf. otogener G. **Therapie:** Prophylaxe bei Schädelwunden; bei lokalisierbarem G. stets Operation, nur bei Meningitis fraglich.

S. Schoenborn.

**Otogener G.** Etwa  $\frac{2}{3}$  Schläfenlappen-, fast  $\frac{1}{3}$  Kleinhirnabscesse, andere sehr selten; zuweilen multipel; in der Nähe der Ohreiterung an Basis des Schläfenlappens bzw. Vorderteil des Kleinhirns. In 80 % bei chronischen Ohreiterungen. **Sympt.:** Zunächst kurze meningitische Erscheinungen, Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber. Dann längere Zeit nur Kopfdruck auf der kranken Seite, oder Schmerz beim Beklopfen derselben. Depression, Appetitlosigkeit, schlechtes Aussehen (Stadium der Latenz). Nach einiger Zeit manifeste Erscheinungen: Druckschmerz, Stauungspapille (mehr bei Kleinhirn- als bei Schläfenlappenabscessen) oder Neuritis optica, Nackenstarre. Bei Schläfenlappenabscessen gekreuzte Hemiparese oder -paralyse oder -spasmus, Hemianästhesie, gleichseitige bilaterale Hemiopie u. namentlich sensorische Aphasie (bei linksseitigem Sitze des Abscesses). Bei Kleinhirnabscessen kann durch Druck auf Pons u. verlängertes Mark gleichseitige Hemiparese oder -paralyse u. motorische Aphasie bestehen, sowie gleichseitige Oculomotorius- und Facialisparesen, Abducensparese, Ataxien, spontaner Nystagmus, fehlender Patellarreflex. Bei fortschreitendem Hirndruck wachsende Somnolenz, Koma oder plötzlicher Kollaps bei Durchbruch in die Ventrikel. Dauer von Wochen bis zu vielen Monaten, davon lange Zeit Latenzstadium, auf das manchmal ein foudroyantes terminales Stadium von nur stundenlanger Dauer folgt. **Diff.-Diagnose:** Gegenüber Meningitis u. Sinusphlebitis fieberloser Verlauf; bei Gehirngeschwülsten\* keine anfänglichen Meningitisercheinungen. Bei Schläfenlappenabscessen kein cerebellares Schwanken, bei Kleinhirnabscess keine gekreuzten Paresen, keine sensorische Aphasie. Spontanen Nystagmus bei Labyrinth-erkrankungen beim Blick nach der gesunden Seite, bei Kleinhirnabscess nach beiden Seiten oder mehr nach der kranken. Stauungspapille spricht für Kleinhirnabscess u. gegen Labyrinth-erkrankung. Schwindel u. Erbrechen bei Kleinhirnabscess bei Lagerung des Kopfes auf die gesunde, bei Labyrinth-erkrankung auf die kranke Seite. Diagnostische Lumbalpunktion zu unterlassen! **Prognose:** Ohne Operation meist letal, mit Operation in der Mehrzahl ebenfalls, selbst noch Wochen nach dem Eingriff (fortschreitende Encephalitis, Meningitis). **Therapie:** Eröffnung vom zuvor operierten Ohre aus. Bloch.

**Gehirnanämie.** *Ätiol.:* Chronische Anämieen (Chlorose), Kachexie, Inanition, Diarrhöen der Kinder, Schwäche des linken Ventrikels (Aortenfehler), Verblutung, plötzliche Blutansammlung in anderen Organen (Ablassung von Ascites), bei Nervösen vasomotorische Störungen der Hirnzirkulation. *Sympt.:* „Ohnmacht“ u. ihre Vorstadien (Schwarzwerden vor den Augen, Erbrechen, Ohrensausen). Kopfschmerzen, Muskelzuckungen, Schlaflosigkeit. In akuten Fällen (Ohnmachtsanfall) Aufhebung des Bewusstseins, kleiner, schneller Puls, kalter Schweiß, blasse, kalte Extremitäten. *Prognose:* Meist gut. *Therapie:* Horizontallagerung mit tiefliegendem Kopfe genügt oft. Hautreize (Bespritzen mit Wasser, Riechenlassen von Ammoniak, „flüchtigen Salzen“ usw.). Wein u. Kaffee nach Erwachen oder vor Eintritt der Ohnmacht; Kampfer, Behandlung des Grundleidens (Anämie).  
S. Schoenborn.

**Gehirndruck.** *Ätiol.:* a) Schädelfrakturen mit Depression des Fragmentes, b) intracraniale Blutungen (A. meningea, Duragefäße), c) Tumoren der Schädeldecken, bzw. Gehirngeschwülste. *Sympt.:* Bei a) u. b) oft kombiniert mit Gehirnerschütterung\*. Daher oft Bewusstlosigkeit oder Stupor, dann lokalisierte Lähmungserscheinungen (halbseitig, Arm, Bein) oder Reizerscheinungen, Krämpfe (lokale oder epileptiforme), Pulsverlangsamung, stertoröses, tiefes, langsames Atmen. Ohne rechtzeitigen Eingriff Zunahme der Krämpfe, Pulsbeschleunigung, Atembeschleunigung, dann Cheyne-Stokes u. Exitus, daher so rasch als möglich *Therapie:* Trepanation, Beheben der Knochendepression, bzw. Ausräumen der Blutgerinnsel u. Stillung der Blutung durch Unterbindung der A. meningea oder Umstechung der Duragefäße. — Cf. Schädelverletzungen. Chronischer G. s. Gehirngeschwülste. Kaposi.

**GehirneMBOLIE u. -Thrombose.** Apoplektische Insulte\* beruhen meist auf echter Apoplexie, seltener auf Embolie oder Thrombose; Verlauf u. Symptomenbild im allgemeinen wie bei Apoplexie. *Ätiol.:* Emboli, meist dem linken Herzen, Herzohr, Aortenwand entstammend (Endokarditis, Atherosklerose), auch aus Lungenvenen (Cavernen), verstopfen plötzlich Hirngefäße, bes. im Gebiet der A. fossae Sylvii. Thrombosen überall möglich (im ganzen seltener) bei Endarteriitis von Hirngefäßen (Atherosklerose, Infektionskrankheiten); völlige Gefäßverstopfung langsam im Lauf von Stunden u. Tagen eintretend. In Umgebung folgt Erweichungsherd, selten Gehirnabscess. *Sympt.:* Bei Embolien häufig, Thrombosen selten apoplektischer Insult\*, meist ohne Druckerscheinungen, ohne Cyanose. Auch ohne Insult momentanes oder (Thrombosen) langsames Auftreten von vorübergehenden oder dauernden Herd-

symptomen bes. hemiplegischer Art (bei der häufigen Embolie der linken A. fossa Sylvii rechtsseitige Hemiplegie u. Aphasie). **Diagnose:** Rasche Herdsymptome ohne Insult bedeuten meist Embolie, mit Insult Embolie oder Blutung, langsame Herdsymptome Thrombose. In praxi Unterscheidung oft unmöglich. **Therapie:** Wie bei apoplektiformen\* Anfällen. Kampfer u. Digitalis meist zu bevorzugen. — Cf. Sinusthrombose.

S. Schoenborn.

**Gehirnerschütterung.** **Ätiol.:** Schweres Schädeltrauma. **Sympt.:** 3 kardinale Zeichen: Bewusstlosigkeit (minuten- bis tagelang), Erbrechen, starke Pulsverlangsamung. Dazu öfter Sympt. des Gehirndrucks\*. Bei Blutung oder Knochenverletzung stets auf Schädelbruch (Blutung aus Ohr, Nase, Mund) achten. **Therapie:** Fernhalten jedes Geräusches. Bettruhe, Eisblase, ev. Aderlass, Blutegel. Bei Erbrechen Eisstückchen schlucken. Zuerst flüssige Nahrung. Bei langer Bewusstlosigkeit künstliche Ernährung, Überwachung der Urin- u. Stuhlentleerung. Ev. Hautreize (Sinapismen), Excitantien. Bei starken Kopfschmerzen Morphium subcutan. Prophylaxe des Decubitus\*. Cf. Schädelverletzungen.

Kaposi.

**Gehirngeschwülste.** **Pathol. Anat.:** Gliome (meist weich, blutreich, diffus u. gegen Gehirngewebe unabgrenzbar); Sarkome (scharf begrenzt, von Hirnhäuten oder Schädel ausgehend); ähnlich Endotheliome. Andere Tumoren selten, ausgenommen Gummata u. Tuberkel. Vereinzelt Cysticerken\*. **Ätiol.:** Disposition, vielleicht Trauma. **Sympt.:** Allgemeinsymptome: Vor allem die des Gehirndrucks\*, oft mit Hydrocephalus int. einhergehend, namentlich bei Kleinhirntumoren; Druckzunahme messbar durch Lumbalpunktion (bis zu 1000 mm Wasser). Drucksymptome sind Stauungspapille, Somnolenz bis Koma, Kopfschmerzen, Pulsverlangsamung, Erbrechen; seltener Schwindel, Anfälle von Bewusstlosigkeit, Singultus, Glykosurie. Bisweilen ohne erkennbare lokale Schädigung doch lokalisierte Allgemeinsymptome, unabhängig vom Sitz des Tumors: Anfälle Jacksonscher Epilepsie, Lähmung einzelner Hirnnerven. Hirndruck oft wechselnd, selbst innerhalb einiger Stunden; entsprechend Symptomenwechsel. Von Hirndruck vielleicht unabhängig: Psychische Störungen (Verstimmung, Delirium). Lokalsymptome entsprechen dem Sitz, aber schwerer zu beurteilen als z. B. bei Blutungen, weil Druck auf die Nachbarschaft unberechenbar. Reizerscheinungen (Epilepsie von Jacksonschem Typus, bei Basaltumoren Zuckungen u. Parästhesien im Hirnnervenbereich) häufig. Lokaldiagnose: Stirnhirn: Motorische Aphasie (bei linksseitigem Sitz), Déviation conjuguée der Bulbi, Ataxie ähnlich der Kleinhirnataxie (S. 47),

psychische Störungen, Witzelsucht (unsicher!), Geruchsstörung. Zentralwindungen u. Scheitellappen: Jacksonsche Krämpfe, circumscribed Paresen u. Lähmungen, Sensibilitätsstörungen (bes. Astereognosie), Apraxie\*. Schläfenlappen: Sensorische Aphasie (bei linksseitigem Sitz), vielleicht Hörstörung, Geschmacksstörung. Occipitallappen: Hemianopsie nach der gegenüberliegenden Seite, bisweilen Alexie, cerebellare Symptome. Innere Kapsel: Allmählich eintretende Hemiplegie ohne Reizsymptome. Grosshirnganglien: Einseitig sensible Störungen, Sehstörungen (unsicher!). Balken: Motorische Apraxie, Intelligenzstörungen. Vierhügel: Augenmuskellähmung. Pons: Gekreuzte Lähmung von Facialis, Abducens, Trigeminus (herdgleichseitig) u. Pyramidenbahnen (anderseitig, meist Hemiplegie). Medulla oblongata: Miosis, Pyramidenbahnstörungen, Trigeminus-, Vagoaccessorius-, Hypoglossusstörungen. Kleinhirn s. Kleinhirnerkrankungen. Vierter Ventrikel: Ähnlich Kleinhirn. Basis: Einzelne Hirnnervnläsionen, Akromegalie (bei Hypophysistumor), Acusticusstörung mit Kleinhirnsymptomen (Kleinhirnbrückenwinkeltumor). **Diagnose:** Allgemein: Hirndruck durch Stauungspapille u. Lumbalpunktion feststellbar; Versuch Neisserscher Hirnpunktion. Bisweilen Röntgenbild (auch zur Lokaldiagnose). Differentiell gegen Gehirnthrombosen\*, Encephalitis u. Pachymeningitis\* (Verlauf bei G. langsamer), Urämie\* (Harnuntersuchung!), Lues (Pupillenstarre, Wassermannsche Reaktion, Pleiocytose des Liquor), genuine Epilepsie\* (hier selten lokale Krämpfe). Pseudotumor (Meningitis serosa, mit oft dem echten Tumor täuschend ähnlichen Lokalsymptomen; Verlauf etwas rascher, zu spontanen Besserungen u. Heilung neigend, bisweilen mit Lymphocytose des Liquor). Art des Tumors: Hirnpunktion, Wassermannsche Reaktion, bisweilen Tumorzellen im Liquor. **Therapie:** Bei Gehirnsyphilis\* Hg u. Jodkali kombiniert (nach Horsley subdurale Sublimatpülung), sonst stets Operation, wo Tumor überhaupt lokalisierbar u. zugänglich. Andernfalls Versuch mit Jod, Palliativtrepanation. **Prognose:** Luetische G. bei rechtzeitiger Erkennung relativ günstig. Heilung durch Operation bei 6—15 % aller Tumoren. Lumbalpunktion bei G. der hinteren Schädelgrube oft gefährlich (Tod durch plötzlichen Druckwechsel). S. Schoenborn

**Gehirnhyperämie.** *Ätiol.:* Stauungshyperämie bei allg. Stauung (Herzfehler, Bronchiektasen) u. Tumoren; durch venöse Stauung allmähliche Hemmung des arteriellen Zustromes. Vorkommen von Kongestionshyperämie (nach Cessio mensium, Alkohol, reichlichem Essen, Gehirntätigkeit) umstritten, am wahrscheinlichsten noch bei intensiver geistiger Arbeit. *Sympt.:* Bei Stauungs-H. ähnlich wie bei Gehirn-

anämie\*, nur mit Cyanose u. geschwellten Halsvenen. Bei Kongestions-H. Eingenommensein, Druckgefühl, Hitzegefühl u. Wallungen, leichte Sehstörungen, Ohrensausen; keineswegs immer Cyanose. **Diff.-Diagnose:** Bei kongestiver Form an Herzhypertrophie u. Schrumpfniere denken! **Therapie:** Hochlagerung des Kopfes, feuchte Umschläge, heisse Fussbäder (ev. mit Senfzusatz), Aderlass, Verbot von Excessen, Kaffee, Alkohol. Brunnenkuren. Nitroglycerin meist wirkungslos.

S. Schoenborn.

**Gehörgangsverengerungen.** Angeboren, durch Krankheit erworben oder Altersveränderung. (Angeborener Mangel des Gehörgangs u. Katzenohr hier nicht berücksichtigt). Meist nur *circumscript*, röhren-, ring- oder schlitzförmig. **Ätiol.:** Narben, Tumoren (bes. Exostosen, selten maligne Geschwülste), chronisches Ekzem, Altersschwund des Knorpels. **Sympt.:** Retention von Cerumen u. Epidermis bis zu völligem Verschluss des Gehörgangs, von Sekret aus dem Mittelohr, subjektive Geräusche. **Komplik.:** Durch die Retention Druckerscheinung, Sekretstauung im Mittelohr u. schwere Störungen bis in Labyrinth u. die Meningen. **Diff.-Diagnose:** Verengerung in der Tiefe des knöchernen Gehörgangs bei Mastoiditis aus letzterer zu erschliessen, dabei Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand. Endzündung des Gehörgangs rasch ablaufend; stärkere Vorwölbung der vorderen unteren Gehörgangswand als physiologische Variante auszuschliessen, ausserdem bei Fraktur dieser Wand. Exostosen oft mehrfach, auch beiderseits, mit der Sonde u. durch die normale Hautbedeckung zu erkennen. **Therapie:** Narben durch quellende Einlagen erweitern. Bei hochgradiger Stenosierung plastische Operationen. Exostosen nur bei drohendem Verschluss des Lumens wegzumeisseln nach Loslösung der Muschel von hinten her.

Bloch.

**Gelenkmaus.** Freie Körperchen im Gelenkinnern; entweder weich aus geschichtetem Fibrin oder hart, dann traumatisch abgesprengte Knorpel- bzw. Knochenstückchen; erstere gewöhnlich nur in krankem, letztere in sonst gesundem Gelenk. **Sympt.:** Nur charakteristisch, wenn G. zw. Gelenkflächen eingeklemmt; dann plötzliche, sehr schmerzhaft (bis zur Ohnmacht) Behinderung jeder Gelenkbewegung (cf. Meniscusverletzung). Ohne Einklemmung nur zu vermuten, wenn nicht bei günstiger Lage im Gelenk zu fühlen. **Therapie:** Entfernung der G. durch kleine Eröffnung des Gelenks nach möglicher Fixierung derselben durch Finger des Assistenten. Ev. aber breite Eröffnung des Gelenks u. Suchen mit eingeführtem Finger nötig. Leser.

**Gelenktuberkulose.** **Ätiol.:** Infektion hämatogen oder von benachbarten Knochen, selten von Lymphdrüsen, Sehnen-

scheiden aus. **Pathol. Anatomie:** Bei synovialer Form so gleich Gelenk im ganzen erkrankt, bei ostaler anfangs umschriebene Erkrankung, die sich ev. ausbreitet. 3 Formen zu unterscheiden: 1. Tuberkulöser Hydrops; hier Vermehrung der synovialen Flüssigkeit unter Ausscheidung von Fibrin, als Corpora oryzoidea oder als Belag der Innenwandung; gleichzeitig Schwellung der Gelenkkapsel, deren fibrinbesetzte Innenwand gerötet, mit Tuberkelknötchen bedeckt. Durch Gefäßneubildung verschmelzen Fibrinschicht u. Kapsel u. führen dann zum 2. Fungus articuli (s. Tumor albus); hierbei weniger Vermehrung der Gelenkflüssigkeit als Verdickung der Kapsel massgebend. Letztere in elastische, graurötliche, von Tuberkel durchsetzte Gewebsmasse verwandelt, die bald Charakter von Granulationsgewebe annimmt; vom Rande her zerstört es den Gelenkknorpel, schiebt sich unter ihn u. erreicht den Knochen, den es ebenfalls cariös (geschwürig) zerstörend in Granulationsgewebe umwandelt, gleichzeitig den Knorpel siebförmig durchlöchert oder abhebt. Günstig ist Neigung zur Schrumpfung (fibröse Form), wobei kein Zerfall, keine Erweichung mit Eiterbildung. Ungünstig Neigung zum käsigen Zerfall, mit schwammigen Granulationen u. Eiterbildung. Dies führt zur 3. Form, der eitrigen G.; entweder rein tuberkulöser Eiter (nicht gebunden, serös mit Fibrin u. Gewebsfetzen vermischt) oder durch septische Infektion echter phlegmonöser (rahmiger, gebundener) Eiter. Hierbei leicht Perforation der Kapsel, Fistelbildung, Senkungsabscesse usw. — Bei Infektion vom Knochen her (ostale Form) gleicher Verlauf; nur geht Zerstörung des Knochens bzw. Knorpels voraus; kann auch umschrieben bleiben. — Bei Nähe eines tuberkulösen Knochenherdes hängt Gelenkerkrankung nicht nur von der Nähe u. Richtung des Weiterschreitens, sondern auch vom Ansatz der Gelenkkapsel ab; deshalb meist intraartikulärer Durchbruch des Knochenherdes am Hüftgelenk, extraartikulärer am Kniegelenk. **Sympt.:** Fast immer chronischer Verlauf. Beginn schleichend unter leichter Ermüdung, Schonen der Extremität, nach längerer Zeit Hinken u. Schmerzen. Oft als erster Anlass Trauma angegeben. — Dieser Zustand monatelang gleich; ganz allmähliche Verschlimmerung. Schwellung des Gelenks durch Erguss oder Kapselverdickung. Knie-, Hand-, Ellbogen-Gelenk nehmen z. B. Spindelform an. Abendliche Temperatursteigerung. Unter Zunahme der Schmerzen leidet Funktionsfähigkeit mehr u. mehr; Gelenk nimmt der Schwellung entsprechende abnorme Stellung an (Bonnet). — Bei mangelnder Behandlung Zunahme der Schmerzen, Abscesse, Fisteln, Contracturen\*, Subluxationen, ja Luxationen, seltener Erschlaffung des Gelenkapparates. Im günstigen Falle entsteht durch Schrumpfung Ankylose; aus-

nahmsweise später normale Funktion. **Komplik.:** Verschlechterung des Allgemeinzustandes u. a. durch das dauernde Fieber, tuberkulöse Prozesse in anderen Organen. Zuweilen Amyloid der Unterleibsdrüsen, septische Infektion der Fisteln usw.; schliesslich Exitus an Entkräftung. **Prognose** also bei mangelnder Therapie recht ungünstig. **Therapie:** Aufgabe ist, das kranke Gelenk möglichst funktionstüchtig zu erhalten, sei es mit grösserer oder geringerer Bewegungsfähigkeit. Allgemeinbehandlung wie bei Lungentuberkulose\*. Örtliche Behandlung bei frischen Fällen jedenfalls konservativ, bei alten wenn möglich auch; nur bei schlechtem Allgemeinzustand, hohem Alter, alten fistulösen Eiterungen u. anderweitiger tuberkulöser Infektion operatives Vorgehen am Platze. Konservative Therapie: Zunächst Ruhigstellung u. leichte Kompression des Gelenks, entweder mittels Gips- (am besten), Extensions- oder Schienen-Verbandes in möglichst funktionstüchtiger Stellung des Gelenks (Kniegelenk in minimaler Beugung, Hüftgelenk in Abduktion u. Streckung, Ellbogengelenk in rechtwinkliger Beugung, Sprunggelenk dsgl. usw.). Bei leichten Prozessen ev. genauest gearbeitete Hülsenapparate (Hessing), die das Gelenk entlasten. Gleichzeitig Punktion des Gelenks bei Hydrops; lange fortgesetzte Einspritzung von 10 % Jodoformemulsion, 5,0—20,0 g jedesmal, in Pausen von 3—5 Wochen; wo möglich auch viele Monate hindurch passive Stauungshyperämie. Grundsätzlich konservative Behandlung lange Zeit durchführen, weil Erfolge nur langsam reifen; nur wenn trotz geeigneter Massnahmen deutliche Verschlechterung, dann ohne Zögern aktive Therapie, dabei aber sorgsamst handeln, weil andernfalls Recidiv unausbleiblich. Incision des Gelenks in Esmarchscher Blutleere mit folgender Auslöfflung der synovialen bzw. ostalen Herde, also partielle Arthrektomie. Hierbei peinlichste Entfernung aller fungösen Massen, Auskratzung der Knochen bzw. Knorpelherde; wenn nötig Resektionen anschliessen, um absolut gesundes Gelenkewebe zu hinterlassen; dabei Nahtknorpel schonen wegen Wachstumsstörung (Kniegelenk). Spaltung u. Saugbehandlung von Abscessen, Excochleation von Fistelgängen. Gelenk muss nach Eingriff nicht erkennen lassen, um welche Erkrankung es sich handelte, nur dann ist richtig operiert. Ausfüllung von Knochenhöhlen mit Jodoformplomben, Einreibung der Wundfläche mit Jodoform; Verband in richtiger Stellung (cf. oben). Hierbei nie zu schonend vorgehen, weil Zurücklassen auch geringster kranker Gewebmassen Recidiv verursacht. Ausnahmsweise Amputation bei schlechtem Allgemeinzustand, hohem Alter, Tuberkulose anderer Organe, bes. Lungen, u. wenn Prozess schnell weiterschreitet.

Leser.

**Gemeingefährlichkeit.** Kann bei allen möglichen Psychosen u. Grenzzuständen eintreten, ist ebenso sehr von den äusseren Umständen, wie durch den Krankheitszustand bedingt, daher nicht Sache ärztlicher, sondern polizeilicher Feststellung. Arzt stellt nur begleitende Krankheit fest. G. allein rechtfertigt nicht Anstaltsinternierung, sondern nur, wenn u. solange der Betreffende geisteskrank ist. — Gemeingefährlich sind hauptsächlich: Melancholiker in den Angstattacken gegen sich. Deliranten, Halluzinanten gegen die Umgebung. Epileptiker, die im Dämmerzustand schwer erregt werden. Schwachsinnige mit ausgesprochen antisozialen Neigungen. Degenerierte unter dem Einfluss von Alkohol oder von Affekten.

L. W. Weber.

**Genu valgum.** Winkelbildung im Kniegelenk, mit Scheitel nach innen (X-Bein). *Ätiol.:* Rachitis, anhaltende Belastung im Pubertätsalter. *Sympt.:* Hauptdifformität in Metaphyse oder Epiphyse des Femur oder in der Tibia. Meist Erschlaffung des inneren Seitenbandes; im übrigen leichte Ermüdung u. Schmerzen nach Anstrengungen. *Diagnose:* Nur bei leichten Graden ev. schwierig, weil Kranker durch Auswärtsrotation des Femur Difformität verbirgt. Jedenfalls Prüfung in Streckstellung, da Deviation bei Beugung schwindet, Patella genau nach vorne lagern. Ev. Röntgenbild. *Therapie:* Leichte Grade gehen bei Schonung der Beine u. Kräftigung des Organismus spontan zurück. Zweckmässig Massage der Muskeln u. antirachitische Therapie. Bei schwereren Fällen Korrektur durch Hülsen bzw. Schienen, deren elastischer Zug an der inneren Seite wirkt; genügt dies nicht, dann Osteoklase, besser lineare, ausnahmsweise keilförmige Osteotomie nach Bestimmung des Ortes der grössten Difformität.

Leser.

**Genu varum.** Die dem Genu valgum entgegengesetzte Difformität, also winklige Abweichung im Kniegelenk mit Scheitel nach aussen (O-Bein), weniger häufig als Genu valgum. *Ätiol.:* Meist Rachitis. Selten Belastung in Pubertät. *Therapie:* Wie bei Genu valgum, nur mit umgekehrter Wirkung.

Leser.

**Geruchsanomalien.** I. Herabsetzung oder Aufhebung der Geruchsempfindung, Hyposmie resp. Anosmie. Folge von mechanischer Fernhaltung der zu riechenden Luft vom Empfindungsapparat durch Verlegung der Nase (Schwellungen, Polypen, seltener Fremdkörper, knöcherne oder knorpelige Hindernisse). Periphere oder centrale Läsionen im Gebiet des Olfactorius, Hyposmia et Anosmia nervosa, Hypaesthesia et Anaesthesia olfactoria (Schädelbrüche), cerebrale Herderkrankungen, Hirntumoren. Zerstörung des peripheren



Nervenapparates durch Nasenleiden wie Ozaena, Nasenlues, Gummata, fortgesetzte medikamentöse Schädigungen durch Schnupfpulver, Schnupftabak, unrichtig angewendete Nasendouchen. Seltener bei Hysterie. Ferner bei Greisen Hyposmia senilis durch Degeneration u. Atrophie der Riechnerven. Bei Herabsetzung oder Aufhebung der Geruchsempfindung gleichzeitig Störungen des Geschmacks für aromatische Gegenstände, welcher auf dem Wege durch Nasenrachen u. Choanen von der nasalen Riechempfindung vermittelt wird. 2. Steigerung der Geruchsempfindung, Hyperosmia oder Hyperaesthesia olfactoria. Meist bei Hysterie. Riechen von sonst geruchlosen Substanzen. Störungen durch gleichgültige oder angenehme Gerüche (Blumen) wie Kopfschmerz, Erbrechen, Ohnmacht, Herzklopfen, Asthma nasale\* usw. (sogenannte Idiosynkrasie). 3. Perverse oder paradoxe Geruchsempfindung, Allotriosmie, Empfindung falscher Gerüche; sehr selten. **Therapie:** Beseitigung eventueller mechanischer Behinderungen der Nase; sonst Behandlung des Grundleidens; auch lokale Elektrizität namentlich bei Hysterie. Max Senator.

**Geschmacksanomalien.** 1. Herabsetzung resp. Aufhebung, Ageusie oder Anaesthesia gustatoria. Bei Trockenheit oder dickem Belag der Zunge, daher Einwirkung auf Geschmackspapillen behindert; bei zu heissen oder kalten Speisen auch Geschmacksherabsetzung wegen Überwiegen der sensiblen Empfindungen möglich. Nervöse Erkrankungen centralen oder peripheren Ursprungs im Gebiet des Trigeminus, Lingualis, Chorda tympani, Facialis, Glossopharyngeus. 2. Erhöhung der Geschmacksempfindung, Hyperaesthesia gustatoria. Bei Hysterischen, welche eine gemeinlich nicht schmeckbare Substanz herausschmecken, meist zugleich mit 3. Falschschmecken, Paraesthesia gustatoria oder Allotriogeusie. Verwechslung von süß, sauer, salzig, bitter. Ferner Verlangsamung der Geschmacksempfindung. Neigung Chlorotischer und Schwangerer für besondere — saure, auch abstossende — Geschmacksempfindungen. Bei Psychosen Geschmackshalluzinationen. Bei Facialislähmung mitunter bitterer Geschmack. Bei verschlossenen Choanen oder Geruchsstörungen\* Fehlen des Geschmackes für aromatische Substanzen, der auf dem Wege durch Nasenrachen u. Choanen von der Riechempfindung vermittelt wird. **Therapie:** Beseitigung eventueller mechanischer Behinderungen; sonst Behandlung des Grundleidens; auch lokal Elektrizität, namentlich bei Hysterie.

Max Senator.

**Geschwülste als Geburtshindernis.** *Ätiol.:* Starke Füllung von Blase u. Mastdarm; Blasensteine; Myome der

unteren Uterushälfte; Cervixpolypen, Cervixcarcinome; Ovarialtumoren (bes. bei langem Stiel, Fixation im kleinen Becken, intraligamentärer Entwicklung); Vagina-, Vulva-, Beckengeschwülste; Pseudotumoren (Oedem, Condylome, Varicen der Vulva). *Sympt.*: Ev. sekundäre Wehenschwäche\*; mitunter Contractionsring. *Diagnose*: Aus Geburtsverlauf u. Palpation ev. Inspektion. *Therapie*: Katheterisieren (mit solidem männlichen Katheter meist auch bei feststehendem Kopf möglich); Klysmata; Wegschiebung eines ev. Blasensteins; wenn erfolglos von Scheide aus auf ihn einschneiden u. extrahieren. Tiefsitzende Cervixmyome sind, wenn Reposition unausführbar u. kein spontanes Zurücktreten, von Scheide oder Muttermund aus zu enucleieren; ev. Sectio caesarea. Cervixpolyp wird abgetragen. Bei Cervixcarcinom Sectio caesarea. Bei Ovarialtumoren\* Reposition, bei Misslingen Punktion oder Ovariectomie. Bei Beckentumoren Sectio caesarea, falls Extirpation unausführbar.

Kayser.

**Geschwüre, allgemein.** Defekte infolge Zerfalls von Gewebe ohne Neigung zur Vernarbung. a) Katarrhalische. Oberflächlicher Zerfall von Schleimhaut bei entzündlicher Erkrankung. b) Traumatische. Entstehen durch Vernachlässigung von Wunden, bzw. durch Verbrennung, Erfrierung, Röntgenstrahlen, starke elektrische Ströme usw. c) Atheromatöse. Bei atheromatöser Verstopfung der ernährenden Blutgefässe. d) Neuroparalytische. Nach Durchtrennung bzw. Erkrankung zugehöriger Nervenstämmе. e) Tuberkulöse. Häufig Folge lupöser Erkrankung, aber auch selbständig. Gewebdefekte, mit graurötlichen, bei Verkäsung gelblichen, spärlichen oder schwammigen Granulationen bedeckt, von Tuberkelknötchen durchsetzt, von unterminierten, zerfressenen Rändern umgeben. f) Syphilitische. Entstehen entweder aus zerfallener Initialsklerose, dann harter Grund, derbe, wallartige Ränder, oft scharf abgeschnitten, mässige Sekretion, in Haut bzw. Schleimhaut. Oder aus Zerfall von Gummata hervorgehend, dann scharfe Umrandung des runden, mit gelbrötlichen Granulationen u. nekrotischem Gewebe teilweise erfüllten Geschwürs, grosse Neigung zur Weiterverbreitung auf unterliegende Gewebe (Knochen usw.); Vernarbung mit weissglänzender, strahliger Narbe, oft unregelmässig, daher häufig z. B. Nierenform der Ulceration. Bei Syphilis also scharfe, wallartige, hart-derbe Umrandung im Gegensatz zu dünnen, zerfressenen, unterminierten Rändern bei Tuberkulose. g) Rotzgeschwüre. Folge des Zerfalls der Infiltrate des Rotzbacillus; erkennbar neben anderweitiger Rotzinfektion an dem gangränösen schmutzigen Grunde u. gewöhnlich unterminierten Rändern. *Therapie*: Soll Gewebszerfall aufhalten u. gesunde Granulationen behufs Vernarbung schaffen.

Bei spezifischen Ulcerationen vor allem spezifische Allgemeinbehandlung, also bei Lues Jodkali, Quecksilber, Salvarsan; bei Tuberkulose Alt-Tuberkulin, Aufenthalt in guter Luft, Kräftigung des Organismus usw. — Behufs Veränderung der Geschwürsböden ist gründliche Auskratzung, Abtragung der Ränder, dann Kauterisation das Beste. Antiseptische Verbände, z. T. mit essigsaurer Tonerde, 0,3 % Lapis-Lösung, später Salben, z. B. Basilicum-, Bor-, Höllenstein- (1 %), Perubalsam- (Rp. 195) Salbe usw.  
 Leser.

**Gesichtsfeldstörungen.** a) Unregelmässige Einschränkungen u. Einsprünge bei Netzhautablösung, Sehnervenatrophie (zuerst Grün dann Rot, dann Blau betroffen, zuletzt Weiss). b) Normale Aussengrenzen, centrale Skotome bei retrobulbärer Neuritis, Intoxikationsamblyopie. c) Konzentrische Einschränkung bei Retinitis pigmentosa, Hysterie. d) Einschränkung von der Nasenseite her bei Glaukom. e) Entsprechende beiderseitige Gesichtsfelddefekte bei centralen Störungen, Cerebralapoplexien, Tumoren usw. Fehlen der beiden rechten Gesichtsfeldhälften infolge Störung der linken Sehbahn u. umgekehrt. Fehlen der beiden temporalen Hälften infolge Erkrankung am Chiasma (Hypophysistumoren etc.). Symmetrische Ausfälle kleinerer Gebiete beider Gesichtsfelder oft Folge apoplektischer Insulte der entgegengesetzten Hirnseite.  
 Schieck.

**Gesichtslagen.** Durch Deflexion des kindlichen Kopfes während der Geburt wird Kinn von der Brust entfernt u. damit Gesicht zum vorangehenden Teil. *Ätiol.:* Nicht immer klar, meist wohl verengtes Becken mittleren Grades, partielle Contractionen des unteren Uterinsegmentes. *Diagnose:* Äussere Untersuchung: Herztöne auf der Seite der kleinen Teile hörbar, das in den Nacken geschlagene Hinterhaupt über dem Becken fühlbar. (1. Gesichtslage: Hinterhaupt über der linken Beckenwand, kleine Teile rechts, Herztöne rechts, bei 2. Gesichtslage umgekehrt.) Innere Untersuchung: Kinn bei 1. Gesichtslage rechts, bei 2. links. Gesicht erkennbar an Nase, Mund, hufeisenförmigem Unterkiefer, Orbitalrändern. *Verlauf:* Kinn muss sich nach vorne drehen, Hals muss sich unter der Symphyse anstemmen. Gesicht erscheint in der Vulva, Hinterhaupt über dem Damm. *Therapie:* Geburt gewöhnlich spontan. Lagerung der Kreissenden auf die Seite, auf der das Kinn steht. Sorgfältiger Dammschutz! Thorn'scher Handgriff (Umwandlung der Gesichtslage in eine Hinterhauptslage durch kombinierte Handgriffe) gewöhnlich nicht notwendig. Bei erweiterten Geburtswegen, Mehrgebärenden u. über dem Becken beweglichen Kopf kommt Wendung auf den Fuss in Betracht. Zange nur bei striktester Indikation von seiten der Mutter oder des Kindes,

wenn Kopf tief im Becken, also auch von aussen nicht mehr fühlbar ist.

Fromme.

**Gicht.** Stoffwechselanomalie mit Ablagerung von harnsaurem Natron in den Gelenken u. anfallsweisen Gelenkentzündungen. *Ätiol.:* Überreichlicher Fleischgenuss, Alkohol (konzentriertere Alkoholica!); Bleivergiftung (Bleigicht!). Sicher auch ein hereditäres Moment. Wesen: Verlangsamung des Purinstoffwechsels, beständiges Vorhandensein von Harnsäure im Blut (Urikämie); letztere fällt aus unter Übergang in eine unlösliche Verbindung (bei Berührung mit dem stark alkalischen Gelenkknorpel). *Sympt.:* Bei typischer G. meist nach Prodromalerscheinungen (Obstipation, allgemeines Unwohlsein, Depression) plötzlich nachts heftiger Schmerz im Metatarsophalangealgelenke einer grossen Zehe; starke Schwellung u. Rötung. Tagsüber remittiert der Schmerz, tritt jedoch nachts wieder auf. Meist monartikulär; seltener in den nächsten Tagen auch andere Gelenke (Finger-, Hand-, grössere Gelenke) befallen. Anfall gewöhnlich von leichtem Fieber begleitet. Appetit gering. Dauer in geschilderter Weise 2—3—8 Tage. Auslösung der Anfälle durch Traumen, Diätfehler (Alkohol, purinreiche Nahrung), Erkältung. Allmählich Nachlassen der Schmerzen u. Schwellung; häufig Hautabschuppungen über befallenem Gelenk. Urinmenge vor dem Anfall vermindert, nachher vermehrt. Beginn selten in anderen Gelenken. Die Anfälle, anfangs seltener (monate- bis jahrelange Intervalle), häufen sich; mit der Zeit bleiben Veränderungen in den Gelenken zurück, die zu Deformitäten führen (chronisch deformierende, irreguläre Gicht). Anfälle auch in Form von Muskel- u. Sehnenschmerzen. Irreguläre Gicht selten primär. Meist unter Nachlassen der Heftigkeit u. Häufigkeit der Anfälle aus der akuten Form hervorgehend. Allmählich Harnsäureablagerungen (Gichtknoten, Tophi) in der Haut (Ohren!), in Schleimhäuten u. Sehnen. Ferner Gelenkveränderungen (Kapselverdickung, -Verwachsung, Knorpel- u. Knochenusurierung), mit allmählich zunehmender Funktionsstörung. Feines Crepitieren in den Gelenken zu fühlen. Später Ankylosen, Subluxationen. Frühzeitig Arteriosklerose\* mit Schrumpfnieren\* u. entsprechenden Herzerscheinungen (Hypertrophie des l. Ventrikels). Häufig auch leichte vorübergehende Albuminurie. *Diff.-Diagnose:* Gichtanfall! Harnsäurenachweis im Blut. Niedriger endogener Harnsäurewert. Charakteristische Kurve der Harnsäureausscheidung bei Darreichung von Purinkörpern. Tophi (Harnsäure im Inhalt durch Murexidprobe nachzuweisen). Röntgenologisch nachweisbare Gelenkherde oder Knochenzerstörung. *Prognose:* Akute G. günstig; weniger die irreguläre u. mit Nephritis komplizierte G. *Therapie:* Im Anfall Ruhe; Wätte-

packung des Gelenks; Colchicumpräparate: Tct. Colchici 3 × tgl. 20 Tr.; Colchicin (Rp. 39, 2—3 Pillen tgl.); Liqueur Laville 2 × tgl. 1 Kaffeelöffel. Häufig danach Diarrhöen; nur in der Anfallszeit zu geben. Lactovegetabile Diät. Später zur Bekämpfung der gichtischen Diathese purinfreie Ernährung, Wochen, Monate, Jahre lang. Verboten Fleisch, bes. Eingeweide. Von Eiweiss gestattet: Eier, Käse, Milch. Daneben Fett u. sämtliche Vegetabilien. Reichlich körperliche Bewegung! Versuch mit Salzsäure: 5 × tgl. 20 Tr. Acid. hydrochl. dil. in Wasser. „Harnsäurelösungsmittel“ (Piperazin, Citarin usw.) wertlos. Alkohol zu verbieten. Bei Fehlen von Nierensymptomen reichliche Flüssigkeitszufuhr, Trinkkuren usw.); keine Alkalien! Bei Gelenkdeformatäten Moor- u. Schlambäder, Heissluft, Übungstherapie, Stauung. Cf. Arthritis. Ev. längere Zeit Jodkali. Nierengicht s. Nephritis chron. interstitialis. Beuttenmüller.

**Glaukom.** Intraoculäre Drucksteigerung, „Grüner Star“. Primär oder sekundär. a) **Glaukoma inflammatorium.** *Ätiol.:* Arteriosklerose, angeborene Rigidität der Sklera. Ursache meist nicht zu eruieren. *Sympt.:* Im Prodromalstadium unvermittelt u. periodisch Verdunkelungen, die Stunden oder Tage anhalten, dann spurlos verschwinden. Nebelsehen, Wahrnehmung von Regenbogenfarbenringen um Lichtflammen, Akkommodationsschwäche, leichte ciliare Neuralgien, dumpfe Schmerzen im Auge, Augenhöhle, Stirn u. Kopfhälfte. Objektiv: Leichte Abflachung der Vorderkammer, Neigung der Pupille zur Erweiterung, auffallende Füllung der vorderen Ciliarvenen in der Sklera nahe dem Limbus. Während eines Anfalles von Verdunkelung ausserdem fein rauchige Trübung u. Mattheit der Hornhaut, zarte Trübung des Kammerwassers u. Glaskörpers. Auf dem Fundus bereitet sich Verschiebung der Gefässe auf die nasale Papillenseite, Excavation der Papille bis zum Rande vor. Bes. wichtig Pulsation in grösseren Arterienästen auf der Papille. (Venenpuls ist physiologisch!). Nach einiger Zeit wirklicher akuter Glaukomanfall: Lider leicht gedunsen, Bulbus hochgradig ciliar u. conjunctival injiziert. Manchmal Chemose. Hornhautoberfläche matt, Hornhaut rauchig getrübt, vordere Kammer seicht, Kammerwasser trübe, Pupille weit, reaktionslos oder ganz mangelhaft reagierend. Aus der Pupille grünlicher Reflex (kann fehlen). Spannung des Auges stark vermehrt. Kein Fundusbild, nur abgeschwächtes rotes Licht aus dem Fundus. Starke Schmerzen im Auge, die in die Stirn u. Backe ausstrahlen, Kopfschmerzen in der entsprechenden Kopfhälfte, vor allem halbseitig in Stirn u. Hinterkopf lokalisiert. Rascher Verfall der Sehschärfe. Gesichtsfeld-einschränkung von der Nasenseite her. Der akute Glaukomanfall kann nach einiger Zeit unter Hinterlassung von Seh-

störungen u. nasalen Gesichtsfelddefekten zurückgehen. Wenn Medien wieder klar geworden, sieht man auf dem Fundus ab u. zu Hämorrhagien, an der Papille glaukomatöse Excavation: Papille bis zum Rande ausgehöhlt, die nasal verdrängten Gefässe an ihrem Rande abgknickt, das an der Wand der Excavation entlang laufende Gefässstück nicht sichtbar, so dass Gefässe an einer andern Stelle des Randes auf der Netzhaut zum Vorschein kommen, als wo sie am Boden der Aushöhlung verschwinden. Ablassung der Papille zeigt hinzutretene Atrophie an. Anfälle wiederholen sich in immer kürzeren Intervallen, dauern immer länger, lassen immer höhere Grade von Sehstörung u. Gesichtsfelddefekten zurück. Oft schon nach dem ersten Anfall Stadium des chronischen entzündlichen Glaukoms; d. h. der Anfall geht nicht vollständig zurück, sondern hinterlässt dauernden mehr oder weniger ausgeprägten Entzündungszustand mit den Merkmalen der Drucksteigerung. Ohne Operation erblindet Auge schliesslich. Damit Stadium des Glaukoma absolutum erreicht, dem oft glaukomatöse Degeneration folgt. Linse trübt sich; die zu ganz schmalem Saum zusammengezogene Iris atrophiert, so dass Pupille enorm weit; um den Limbus herum bilden sich in der Sklera Ausbuchtungen mit bläulich-schwarz durchschimmernden Uvealpigment (Intercalarstaphylome). — Besondere Formen: Glaukoma fulminans (gleich im ersten Glaukomanfall erblindet Auge total, wahrsch. infolge Stockung in der Blutzirkulation der Netzhaut), Glaukoma haemorrhagicum (Auftreten ausgedehnter Blutungen in Netzhaut, Glaskörper, vordere Kammer). **Diff.-Diagnose:** Glaukomanfall unterscheidet sich von schwerem schmerzhaftem Anfall von Iritis durch Seichtheit der vorderen Kammer, Weite der Pupille, Trübung u. Mattheit der Cornea, harte Spannung des Bulbus, halbseitige heftige Kopfschmerzen. **Therapie:** Möglichst frühzeitige Iridektomie, am besten im Prodromalstadium. Im Glaukomanfall sofort Iridektomie. Bis Patient in Behandlung des Augenarztes kommt, Einträufeln von Rp. Eserin salicyl. 0,1, Aq. dest. 10,0; mehrmals in Intervallen von  $\frac{1}{2}$  Stunde. Warme Umschläge, Morphiumeinspritzung. Anwendung von Atropin steigert Druckerhöhung u. kann Erblindung hervorrufen!

b) **Glaukoma simplex.** **Sympt.:** Wie bei a); nur fehlt akuter Glaukomanfall. Prozess verläuft schleichend, ohne Schmerzen u. alarmierende Zustände; deswegen bes. gefährlich. Oft kommen Pat. erst in Behandlung, wenn ein Auge erblindet. **Diagnose:** Aus obigen Symptomen. Bes. auf Anfälle von Verdunkelungen und Regenbogenfarbensehen fahnden! Druckerhöhung oft durch Palpation nicht festzustellen. **Therapie:** Möglichst frühzeitige Iridektomie, solange Gesichtsfeldein-

schränkung noch nicht bis zum Fixationspunkt. Sonst Sklerotomie. Anwendung von Eserin ( $\frac{1}{2}$  %) längere Zeit hindurch. — Im Gegensatz zu diesen Formen des primären G. steht das

c) **Sekundärglaukom.** *Ätiol.:* 1. Abschluss der hinteren Kammer von der vorderen infolge überstandener Iritis mit ringförmiger Synechia post. 2. Linsenluxation in vordere Kammer (Zupressen des Kammerwinkels) u. in den Glaskörper (Reizzustand des Corpus ciliare durch Gegenseuern der frei beweglichen Linse). 3. Ausgedehnte adhärente Leukome u. Hornhautstaphylome infolge Aufhebung des Kammerwinkels. 4. Vermehrung des Augenhalthes durch exsudative Prozesse der Chorioidea u. Geschwulstentwicklung in Uvealtractus u. Netzhaut (Netzhautablösung mit Drucksteigerung!), ferner durch ausgedehnte Blutungen ins Augeninnere. 5. Eintreten von Glaskörper in die vordere Kammer nach Nachstaroperationen. *Therapie:* Im Falle 1, 3, 5 Iridektomie, wenn möglich. Im Falle 2 Extraktion der Linse. Im Falle 4 Behandlung der Chorioiditis, bei Tumoren Enucleatio bulbi. Schieck.

**Glossodynie.** Parästhesien (Brennen u. Stechen) auf Zunge u. Wangenschleimhaut, meist bei fehlenden Zähnen. Ältere Frauen u. Neuropathen bevorzugt. Selbständigkeit des Leidens zweifelhaft (Teilerscheinung der Neurasthenie). *Therapie:* Suggestion, Galvanisation. S. Schoenborn.

**Glossopharyngeuslähmung.** Selten isoliert, meist mit Affektion der letzten 3 Hirnnerven bei Erkrankungen der Medulla (Blutung, Tumor), Syphilomen u. Aneurysmen der hinteren Schädelgrube nahe der Medulla, Tabes, auch bei postdiphtherischer Neuritis u. Otitis media. *Sympt.:* Geschmacksstörung auf der hinteren Zungenhälfte u. den Gaumenbögen, Sensibilitätsstörung im Pharynx, Schlingstörung durch partielle Lähmung der Pharynxmuskulatur (Innervationsgebiet des Glossopharyngeus nicht ganz konstant, teilweise unbekannt). *Therapie:* Je nach der Ursache. Galvanisation, ev. Faradisation des Pharynx, Strychnin (Rp. 152). S. Schoenborn.

**Glottiskrampf.** Besser „Kehlkopf“- oder „Stimmbandkrampf“; fester, kurz dauernder Verschluss der Stimmlippen mit Inspirationsbehinderung. *Sympt.:* Tönende Inspirationen wie bei Keuchhusten\*, die nach verschiedenen langen Pausen wiederkehren; keine Vorzeichen. Apnoe von Augenblicksdauer bis zu mehreren Minuten, letztere mit Cyanose u. Blässe, kaltem Schweiß, Vortreten der Augen, Pupillengerade, Zurücksinken des Kopfes, Zuckungen der Extremitäten, seltener Exitus. In dieser Form eigentlich nur bei Kindern von 1—2 Jahren. Bei Erwachsenen schnell vorübergehend, leichte Apnoe mit krähenndem Geräusch oder in Form der Dysphonia spastica, d. h. Krampf

der Stimmbänder beim Phonieren, so dass letzteres erschwert oder unmöglich (gelindeste Art des G.). **Ätiol.:** Bei Kindern Rachitis\*, Verdauungsstörung meist infolge von Über- oder sonst unrichtiger Ernährung, Darmparasiten, Zahndurchbruch (seltener als gemeinhin geglaubt), auch centrale Ursachen wie Hydrocephalus chronicus. Bei Erwachsenen eigentlich nur direkte Reizung der Larynxschleimhaut durch unzweckmässiges Einbringen von Medikamenten, zu kräftigem Luftstrom bei Pulvereinblasungen; Hysterie und Neurasthenie mehr in Form von Dysphonia spastica. **Diff.-Diagnose:** Eklampsie\*, die oft als Glottiskrampf beginnt. Keuchhusten\*, namentlich wenn bei Glottiskrampf zugleich katarrhalischer Husten; dann Verlauf massgebend. Croup\* u. Pseudocroup, bei denen Stimme u. Husten rauh, sowie Fieber. Doppelseitige Posticuslähmung, wo Dyspnoe andauernder u. bei Bewegungen stärker, aber Inspiration immer möglich. Asthma thymicum (Druck der vergrösserten Thymus auf Trachea). **Therapie:** Behandlung des Grundleidens, Regelung der Diät u. Darmentleerung. Bei Rachitis Phosphorlebertran (Rp. 174). Sonst auch Brompräparate (Rp. 139—142); auch Klimawechsel, namentlich Höhenklima empfohlen. Bei Erwachsenen prophylaktische Vorsicht bei Einbringen von Medikamenten, ev. nur nach Cocainisierung. Im Anfall jede medikamentöse Therapie unmöglich, nur Einführen des Zeigefingers bis zur Epiglottis u. Vorziehen des Zungengrundes wie in Chloroformasphyxie. Bei Erwachsenen Auffordern zum ruhigen Atmen, Zuhalten der Nase, Bespritzen mit kaltem Wasser, Wassertrinken. Bei Dysphonia spastica phonetische Behandlung. Max Senator.

**Glottisoedem.** Besser „Larynxoedem“. Seröse Durchtränkung der Kehlkopfschleimhaut u. Submucosa meist am Kehlkopfeingang (aryepiglottische Falten, orale Fläche der Epiglottis). **Ätiol.:** Transsudat bei örtlicher Zirkulationsbehinderung, wie Tumoren des Halses oder des Mediastinum, bei Anämie, Nieren- u. Herzkrankheiten, Malariakachexie. Exsudat bei Angina, akuter Pharyngitis, Phlegmonen, Entzündungen der Nachbarschaft, Perichondritis des Larynx, sowie Tuberkulose, Lues, Carcinom desselben, Influenza, Typhus, Erysipel, Variola, Masern, Scharlach, Septico-Pyämie, Frakturen u. Fremdkörper des Larynx. Mitunter nach Gebrauch von Jodkali. Auch selten idiopathisch als sog. angioneurotisches Oedem. **Sympt.:** Verschieden nach Sitz, Ausdehnung, Stärke. Glasige, wulstige Schwellung der betr. Schleimhautpartien mit Behinderung ihrer Eigenbeweglichkeit u. Erschwerung des Einblicks in den Larynx. Verschiedenste Grade der Atemerschwerung bis zur Erstickungsgefahr, gewöhnlich Inspiration schlechter als Expiration. Gefühl von Druck, namentlich



beim Schlucken, daher Schluckerschwerung, auch beim einfachen Speichelschlucken, daher öfteres Ausspeien; auch Verschlucken wegen schlechten Kehlkopfverschlusses. Heiserkeit oder Stimmrauigkeit nicht regelmässig. **Diff.-Diagnose:** Ausschluss aller sonstigen Prozesse, die Atemhindernis, Schluckerschwerung usw. verursachen, deshalb stets Laryngoskopie; mitunter bei Digitaluntersuchung Schwellung des Larynxeingangs fühlbar u. bei starkem Niederdrücken der Zunge mit Spatel geschwollene Epiglottis sichtbar. **Therapie:** Behandlung ev. Grundleiden. Lokal Eisschlucken, Eiskravatte, tiefe Skarifikationen in die oedematöse Schleimhaut unter Cocainanästhesie im Kehlkopfspiegelbild. Flüssige Diät zur Erleichterung des Schluckens. Stets Bereitschaft für Tracheotomie! Intubation wegen Schwellung gewöhnlich sehr erschwert bis unmöglich, auch kann durch die Schwellung die Öffnung der eingeführten Tube verlegt werden.

Max Senator.

**Gonorrhoe des Mannes. Sympt.:** 3—5 Tage nach verdächtigem Coitus unter Gefühl der Hitze, des Brennens u. Schmerzen beim Urinieren eitriger Ausfluss aus der Harnröhre. Darin Neisser'sche Gonokokken, Diplokokken von Semmel- oder Kaffeebohnenform, intracellulär in Eiterkörperchen, gramnegativ; Färbung mit Löffler's Methyleneblaulösung (Methyleneblau 5,0, Kalilauge 2 gtt., Alkohol 100, Aq. dest. 400), Reinkultur auf Blutserum. Bei der *G. acuta ant. superf.* Eiterung aus der Harnröhre gewöhnlich mit starken Schmerzen beim Urinieren verbunden; oft Penis angeschwollen; schmerzhafte nächtliche Erektionen; komplizierende akute Entzündung des dorsalen Lymphgefässes am Penis u. der Leistendrüsen. Bei normalem Verlaufe mit Ende der dritten Woche Schmerzen geringer, Ausfluss wird serös, nur morgens erscheint noch ein Tropfen; in 5—6 Wochen Heilung, wenn nicht Recidive u. Eiterung wieder stärker wird. In etwa 90% geht aber Prozess auf hinteren Teil der Harnröhre über, *G. acuta post. superf.* Dann starker schmerzhafter Harndrang, der sich jede halbe Stunde u. noch öfter erneuert; im Harn Blut, nicht selten gleichzeitig Albuminurie, Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfung. Unterscheidung zwischen *G. ant.* oder *post.*, abgesehen von den subjektiven Beschwerden, durch Thompsonsche Zweigläserprobe: Morgenharn wird in zwei Portionen nacheinander in zwei Gläser entleert; bei *G. anterior* ist erster Urin trübe, zweiter klar. Bei *G. posterior* ist morgens erster Urin stark, zweiter aber auch etwas getrübt, während nachmittags nur erster trübe, zweiter klar ist. Bei Cystitis ist umgekehrt zweite Morgenportion trüber als erste; nachmittags sind beide Portionen gleich trübe. Mit Fortschreiten des gon. Prozesses

auf den hinteren Teil ist Bedingung gegeben, dass chronische Gonorrhoe sich einstellt u. komplizierende Prostatitis hinzutritt; Urin mehr oder weniger stark getrübt, enthält Tripperfäden. Bei der G. chronica ant. prof. hat Patient wenig Beschwerden; Harnröhrenmündung etwas verklebt, morgens ein Tropfen eitrigen Sekrets (Bon jour-Tropfen, Goutte militaire). Meist hiermit eine G. chronica post. prof. verbunden; alle subjektiven Symptome fehlen, nur Zweigläserprobe lässt Prozess erkennen; es bestehen Trübung u. Tripperfäden im ersten u. zweiten Urin. Besonders auffällig kleine punkt- u. kommaförmige Flocken aus Drüsen der Pars prostatica. Infolge Reizung des Colliculus seminalis ist Urindrang nicht häufig, folgt aber schnell; dazu oft Prostatorrhoe. Nach langem Bestande der chronischen G. weiche Infiltrate im submucösen Gewebe der Harnröhre, wobei endoskopisch die normal nicht sichtbaren Lumina der Littre'schen Drüsen weit klaffend erscheinen. Schliesslich hartes Infiltrat mit Neubildung von Bindegewebe; endoskopisch ist Schleimhaut glanzlos, trocken und grauweiss durchschimmernd, wie Tarsalknorpel aussehend; es kommt zu einer Striktur. **Komplik.:** Ausser den bereits erwähnten: Para- u. Periurethritis\*, Cowperitis\*, Prostatitis\*, Spermato-cystitis\*, Cystitis\*, Pyelonephritis\*, Epididymitis\*, Orchitis\*, Funiculitis\*, Peritonitis, Arthritis\*, Endokarditis\*, Conjunctivitis\*, Iritis\*, Tendovaginitis, Bursitis, Ischias, Polyneuritis, Myelitis, Gonorrhoea recti\*. Cf. G der Frau. **Therapie:** Solange Gonokokken nachweisbar, antiseptische Behandlung; erst später ev. adstringierende Medikamente. Man versuche in jedem Falle eine Abortivkur. Hierzu Irrigationen ( $\frac{1}{2}$ —1 l) der Harnröhre ohne Einführung eines Instrumentes durch eine auf die Harnröhrenmündung aufgesetzte Kanüle (grosse Janet'sche Spritze bzw. Irrigator); entweder Albargin 1 : 1000 oder Protargol 1 : 200. Methode gelingt in etwa 50 % der Fälle, falls Patient schon am 2.—3. Tage nach verdächtigem Verkehr in Behandlung tritt. Falls Abortivbehandlung unmöglich oder ohne Erfolg, so lassen wir Patienten mit Tripperspritze (12—15 ccm) mit Hartgummiansatz Albargin (0,2 : 200) oder Protargol (0,5—1,0, Glycerini 5,0, Aq. dest. frigidae ad 200,0) verwenden. Einspritzungen 4  $\times$  tgl. nach vorherigem Urinlassen u. Ausspritzen der Harnröhre mit lauwarmem Wasser; danach eins der genannten Mittel (eine Spritze voll) injizieren u. 10—30 Minuten in der Harnröhre lassen. Wir selbst machen so oft als möglich bei ihm noch eine grosse Janet'sche Spülung. Gutes (Teufel'sches) Suspensorium! Sind bei mehrmaligem Untersuchen keine Gonokokken mehr vorhanden, Spritzen mit Kalium hypermanganicum (0,03 : 200), zum Schluss Bismut. subnit. (3,0—5,0, Aq. dest. ad 200,0). Gewöhnlich dabei Heilung in

3—5 Wochen. Bei Eintritt einer G. posterior gegen die Schmerzen u. den häufigen Harndrang innerlich Sandelöl (4—6 Kapseln à 0,5) oder Gonosan. Sobald Schmerzen aufhören, versuchen wir, mit Janet'schen Spülungen des hinteren Teiles bis in die Blase den zweiten Urin zu klären, während Patient die vordere Harnröhre mit Tripperspritze allein behandelt. Bleibt trotzdem zweiter Urin getrübt, dann besteht Prostatitis\*, hier Prostatamassage verbunden mit grossen Janet'schen Spülungen. Prinzip bleibt dabei immer: solange Gonokokken da, Albargin- oder Protargol-Spülungen, erst später adstringierende Behandlung. Häufig Sekundärinfektion; von aussen, vom Darm, von der Prostata her; gegen diese einige Ausspülungen mit Hydrargyrum oxycyanatum (1 : 4000—2000). Bei weichen Infiltraten Behandlung mit Kollmann'schem Dilatator, bei harten Infiltraten allmählich dehnende Bougiebehandlung. — Cf. Harnröhrenstrikturen, Urethrorrhoe.

M. Joseph.

**Gonorrhoe des Weibes.** *Ätiol.:* Übertragung des Gonococcus auf die Geschlechtsteile fast immer durch Coitus. *Sympt.:* Rötung u. Schwellung der äusseren Genitalien, Absonderung rein eitriges Sekrets aus Scheide u. Urethra (bei Druck auf letztere mit dem in die Vagina eingeführten Finger von hinten nach vorne), Rötung u. Maceration der die äusseren Geschlechtsteile umgebenden Haut (Intertrigo), Klagen über Brennen an den Geschlechtsteilen u. beim Urinieren. Im Eiter in frischen Fällen Reinkultur von Gonokokken, in älteren vermischt mit anderen Bakterien. Ev. Bartholinitis\*. Bei Ascension der G. auf den Uterus (Cervicalkatarrh u. Endometritis) eitriger Ausfluss aus äusserem Muttermund u. Blutungen, dumpfe Schmerzen im Unterleib, Schmerzen bei Palpation des Uterus. Bei Ascension auf die Tuben Schmerzen in der betr. Seite, ev. im Beginn peritonitische Reizerscheinungen, allmähliche Ausbildung der Pyosalpinx resp. des gonorrhoeischen Adnextumors. Dabei circumscribte Entzündungen des umgebenden Peritoneums sehr häufig, allmähliche Ausbildung von Verwachsungen u. Adhäsionen mit Darm u. Netz, ev. abgekapselte Ansammlungen von Eiter im Douglas'schen Raume, Betastung des hinteren Scheidengewölbes sehr schmerzhaft (Colica scortorum). Bei Infektion der Blase alle Zeichen der Cystitis\*. Oft G. recti\*. *Diff.-Diagnose:* Gonokokkennachweis! *Therapie:* 1. Akute Infektion: Nur zu erstreben Vernichtung der Gonokokken in Urethra, paraurethralen Drüsen, Blase u. Scheide. Uterus u. Adnexe in Ruhe lassen! Bei Urethritis gonorrhoeica Ausspritzen der Urethra nach Urinieren mit gewöhnlicher Tripperspritze, die bis zum Sphincter vesicae vorzuführen ist. Mittel: 1 % Arg. nitr., 10 % Protargol, Ichthargan 1 : 1000. Argentamin 1 : 100, Argonin 2—3 %. Infizierte paraurethrale Drüsen mit 10 % Arg. nitr. ätzen. Cf.

Cystitis. Für die Scheide 3—4 × tgl. Irrigationen (nicht zu hoher Druck!). Mittel: Holzessig, 2 Esslöffel auf 1 l Wasser, Zinc. sulfur. 15 : 1000, Hydrarg. oxycyanat. 1 : 1000, Formalin 1 : 1000, oder Rp. Zinci chlorat., Aq. dest.  $\text{aa}$  300,0, S. 1 Essl. auf 1 l Wasser zu Spülungen. Bettruhe, leichte Kost, Sorge für täglichen Stuhlgang angebracht. 2. Chronische Form: Ehemann untersuchen u. ev. behandeln lassen. Bettruhe. Keine Ätzungen des Uterus. Urethra u. Vagina zuerst auf oben beschriebene Weise kokkenfrei machen. Tgl. Tamponade der Vagina mit in 1% Arg. nitr., 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Ichtharganlösung oder 1% Protargol-, bzw. Albarginlösung getränkten Gazestreifen. Nach einer Woche Dilatation des Cervicalkanals mit Laminaria, tgl. unter geringem Druck Uterusspülung mit  $\frac{1}{2}$  l 2% Arg. nitr. oder Ichtharganlösung, wobei Flüssigkeit gut abfließen muss; ev. vor Spülung nochmals Dilatation des Cervicalkanals mit Hegar bis Dicke 9. Nach Spülung Einlegen eines 5% Ichtharganstoffes in den Uterus u. Tamponade der Vagina. Dauer der Behandlung 2—3 Wochen. Scheidenspülungen für längere Zeit angezeigt. Fromme.

**Gonorrhoea recti.** *Sympt.:* Häufiger bei Frauen. Starke Schmerzen, Brennen, Jucken; schmerzhafter Stuhldrang. Aus Analöffnung fliesst dicker Eiter, zahlreiche Gonokokken enthaltend. Rectum fühlt sich heiss an, ist sehr schmerzhaft; Schleimhaut geschwollen mit leicht blutenden Erosionen. Zuweilen symptomlos. *Komplik.:* Zuweilen Proktitis, Mastdarmfistel; selten Mastdarmpfiste. *Therapie:* Ausspülungen mit 1% Albargin, 1—5% Protargol, Kal. permangan. 1 : 5000. Ätzungen der Schleimhaut im Speculum mit Höllensteinstift. M. Joseph.

**Granulosis rubra nasi.** *Sympt.:* Bei Kindern am häutigen Teile der Nase intensive Rötung, aus der sich stecknadelkopfgrosse, dunkelrote spitze Knötchen abheben. Zugleich lokale Hyperhidrosis. *Therapie:* Waschungen mit heissem Wasser, Einpudern mit Tannoform, Pinseln mit Rp. Sulf. praec., Resorcin., Acid. boric., Zinci oxyd., Talc. venet., Glycerini  $\text{aa}$  2,0, Aq. dest. ad 20,0. M. Joseph.

**Gynatresien.** Verschluss des weiblichen Genitaltractus. Angeboren (Atresia hymenalis, vaginalis, uterina) u. erworben (A. vaginalis, uterina) bei einfachem u. verdoppeltem Genitalkanal. *Ätiol.:* Bei erworbenen G. Narbenbildungen (Folge von Entzündungen, Geschwüren, Ätzungen). *Sympt.:* Bei einfachem Genitaltractus fehlt Menstruation. Nach mehreren Menstruationsepochen periodische oder dauernde durch Stauung des Bluts bedingte Schmerzen. Uterus bzw. Uterus u. Scheide ballonartig aufgetrieben. Das gestaute Blut kann zu Tubenruptur u. tödlicher Peritonitis führen. In alten Fällen fort-

schreitende Entkräftung. **Komplik.:** Durchbruch in Blase oder Mastdarm. **Diff.-Diagnose:** Hämato kolpos: Man fühlt bei bimanueller Untersuchung (vom Mastdarm aus) eine das Becken ausfüllende prallelastische Geschwulst, der ein kleiner Tumor (Uterus) aufsitzt, daneben mitunter die wurstförmigen Tuben (Hämatosalpinx). Primäre Hämatometra: prallelastischer Tumor; Muttermund fehlt. (Punktion mit Pravaz'scher Spritze!). Bei doppeltem Genitalkanal fehlt Scheidengewölbe auf Seite der Geschwulst. **Therapie:** Incision des Hymens (nur diese ist vom Praktiker ausführbar) bzw. Excision des Narbengewebes der Scheide u. sorgfältige Nachbehandlung, damit die geschaffene Öffnung erhalten bleibt. Bei primärer Hämatometra zwischen Blase u. Mastdarm vorsichtige Freilegung des Blutsacks, welcher eröffnet u. drainiert wird (unter Umständen ist Exstirpation der Tubensäcke erforderlich); bei ungenügendem Abfluss Kastration. Bei Verdoppelung des Genitaltractus breite Incision des Retentionssacks, wenn er von der Scheide zugänglich. Andernfalls Exstirpation der atretischen Hälfte vom Abdomen oder Einnäherung der eröffneten Uterushälfte in die Bauchwand (bes. bei infektiösv. verdächtigen Fällen). Kayser.

**Hackenfuss.** Pes calcaneus. Seltene Dorsalflexionsstellung des Fusses im Sprunggelenk, meist mit Valgusstellung verbunden. Kongenital; auch erworben, z. B. bei Narbentrinktion auf der Dorsalfläche des Fusses oder bei Schwund der Wadenmuskeln. **Therapie:** Je nach Widerstand manuelle Korrektur u. Gipsverband oder operative Trennung der ev. spannenden Narben bzw. Tenotomien usw. (cf. Klumpfuss).

Leser.

**Hämarthros.** **Ätiol.:** Stets Folge von Verletzung eines Gelenks (intraartikuläre Fraktur, Kapselzerreissung, Kontusion bzw. Distorsion); bei Blutern genügt leichteste Verletzung, kommt selbst spontan vor. **Sympt.:** Relativ schnelle Anfüllung des Gelenkinnern mit Blut. Geringfügige Vermehrung der Gelenkflüssigkeit schwer nachweisbar; bei stärkerer deutliche Fluktuation (cf. Hydrops articularis). Ausnahmsweise Füllung so stark, dass auch Fluktuation nicht nachzuweisen; jedenfalls Schwellung des Gelenks erkennbar. Zur **Diagnose** demnach nötig: vorhergegangenes Trauma u. bald eintretende Schwellung des Gelenks infolge Ergusses. — **Therapie:** Bei geringem H. Ruhigstellung des Gelenks, komprimierende Entwicklung neben täglicher Massage; niemals langdauernde Fixation des Gelenks ohne passive u. aktive Bewegungen, sonst später Ankylose. Bei verzögerter Aufsaugung bzw. bei grossem Erguss, wenn möglich, sehr bald Punktion des Gelenks u. Auswaschung mit steriler Flüssigkeit (z. B. physiologischer Kochsalzlösung); nur bei Ver-

dacht auf Infektion im Gelenk antiseptische Lösungen (2—3 % Carbol,  $\frac{1}{2}$ —1 ‰ Sublimat), aber nur, wenn kein Kapselriss, weil sonst Gefahr des Einspritzens antiseptischer Lösung in das Gewebe mit folgender Intoxikation. Cf. Hämophilie.

Leser.

**Hämatemesis. Ätiol.:** Oesophagusvaricen (bei Lebercirrhose), Aneurysma-Durchbruch in den Oesophagus, Ulcus ventriculi, seltener duodeni, Magencarcinom, hämorrhagische Diathesen, Traumen; selten toxische Gastritis, akute gelbe Leberatrophie, Pfortader-Thrombose. **Sympt.:** Entleerung von Blut oder mit Blut vermengtem Mageninhalt unter Brechbewegungen. Manchmal nur mikroskopisch resp. chemisch nachweisbare Blutbeimengung (Häminkrystalle, Webersche Blutprobe). Bei geringer Blutmenge u. Anwesenheit von Salzsäure braunrote, bei Magencarcinom kaffeesatzartige Färbung; bei grösseren Mengen Blutfarbe. Meist nach einiger Zeit auch Blutabgang mit dem Kot. Bei starkem Blutverlust Symptome der inneren Blutung\*. **Diff.-Diagnose:** Blutbeimengungen aus dem Munde (Zahnfleischblutungen, Hysterie!). Verschlucktes, aus der Nase stammendes Blut. Haemoptoë\*. **Prognose:** Je nach Grundleiden; meist ernst. **Therapie:** Bettruhe; Speisen u. Getränke zunächst verboten. Flüssigkeit, wenn nötig, als Klyσμα, oder in geringen Mengen subcutan. Ev. Morphiuminjektionen; Gelatine (Rp. 108), Pferdeserum (einige ccm) oder Adrenalin (Rp. 106) subcutan. Später Eisstückchen, Nährklysmen; dann geeiste Milch esslöffelweise. Vorsichtiger Übergang zu reichlicherer Ernährung.

Beuttenmüller.

**Hämatokolpos.** Ist Hymen oder, häufiger, unterster Teil der Scheide geschlossen (meist durch Narbenbildung), so wird Scheide zum Reservoir für das Menstrualblut. **Sympt.** u. **Therapie** cf. Gynatresien.

Kayser.

**Haematoma vulvae et vaginae. Ätiol.:** Selten äussere Verletzungen (Fall auf den Damm!); meist langdauernder Druck des Kopfes (bei engem Becken) oder rascher Durchtritt des Kindes (bei operativen Entbindungen u. starken Presswehen). **Sympt.:** Bis kindskopfgrosse, schmerzhaft, fluktuierende Anschwellungen an der Vulva u. in der Scheide. **Komplik.:** Verjauchung; selten. **Diagnose:** Anamnese, Palpation (Fluktuation) ev. Punktion. **Therapie:** Bei kleinen Tumoren abwarten. Umschläge mit Liq. Alum. acet. Bei Anzeichen beginnender Verjauchung u. bei rasch wachsenden bzw. geburthindernden Tumoren (cf. Geschwülste als Geburtshindernis) breite Eröffnung u. Tamponade ev. nach Umstechung blutender Gefässe.

Kayser.

**Hämatometra.** Bei Verschluss des Orificium uteri u. völligem oder teilweisem Fehlen der Scheide treibt das retinierte Menstrualblut den Uterus ballonartig auf; ev. Anstauung in den Tuben (Hämatosalpinx), bei doppelt angelegtem Uterus in der rudimentären Hälfte des Uterus u. in der entsprechenden Tube. Cf. Gynatresien. **Kayser.**

**Hämatomyelie.** *Ätiol.:* Blutungen ins Rückenmark kommen (selten) sowohl in erkranktem Gewebe (Tumoren, Gliosen, hier ohne besondere Sympt.) wie in gesundem vor. In 90% aller Fälle traumatisch (Fall auf Rücken, Gesäss, Schlag gegen Rücken, Zerrungsblutung bei starker Senkung des Kopfes nach vorn), selten bei schwerem Heben, bei Neugeborenen unter der Geburt. Bisweilen bei Anämie, hämorrhag. Diathese. Blutung erfolgt in beliebiger Höhe, fast stets in grauer Substanz, oft röhrenförmig auf- bzw. absteigend. *Sympt.:* Die der plötzlichen Leitungsunterbrechung: momentane Paraplegie, Anästhesie, Sphincterenstörung. Seltener allmählicher Eintritt. Bei Sitz in Lendenanschwellung: schlaffe Lähmung der Beine mit aufgehobenen Reflexen, An- bzw. Parästhesien, allmählich einsetzende Atrophie mit EaR. Bei Sitz in Halsanschwellung atrophische Lähmung der oberen, spastische der unteren Extremitäten mit partieller Empfindungslähmung usw. Bevorzugt ist oft der Brown-Séquardsche Typus. *Verlauf, Prognose:* Meist Besserung nach einigen Tagen, Schwinden der Fernsymptome (Sphincterstörung usw.). Zurückbleiben einiger Herdsymptome durch Erweichung (Empfindungsstörung usw.). *Diff.-Diagnose:* Myelitis\* (selten so plötzlich, meist länger bestehendes Symptomenbild), Poliomyelitis\* (Fieber, atrophische Lähmung im Vordergrund). *Therapie:* Absolute Ruhe für 1 bis 2 Wochen, Blutentziehung, Katheterismus. Später Galvanisation, Badekuren, Strychnin (Rp. 151, 152). S. Schoenborn.

**Hämoglobinurie.** Ausscheidung von Hämoglobin bzw. Methämoglobin im Harn. *Ätiol.:* Schädigung bzw. Auflösung von Erythrocyten im Blut, deren Farbstoff ins Plasma tritt (Hämoglobinämie), bedingt durch Injektion gewisser Stoffe in die Blutbahn (artfremdes Blut u. Serum, destilliertes Wasser usw.), Vergiftungen (As, Sb, KClO<sub>3</sub> usw.), Infektionskrankheiten, Hämatozoen, ausgedehnte Verbrennungen; aber auch ohne solche Ursachen als paroxysmale oder periodische H. Bei dieser werden Anfälle bei dazu Disponierten (zuweilen Malaria, Syphilis angeschuldigt) durch Kälteeinwirkung (z. B. kaltes Fussbad [O. Rosenbach]), anstrengendes Gehen, psychische Erregungen, Exzesse ausgelöst. Bei Männern häufiger. *Sympt.:* Urin dunkelrot bis schwärzlich; darin gelöstes, teilweise auch zu Körnchen zusammengeballtes Hb. bzw. Met-

hämoglobin, vereinzelte Cylinder, Eiweiss, keine oder nur sehr spärliche Erythrocyten. Im Blute zerfallene bzw. entfärbte Erythrocyten („Blutschatten“ Ponficks). Bei paroxysmaler H. im Beginn des Anfalls oft Fieber u. Schüttelfrost, Allgemeinbefindensstörungen, dann zuweilen Cyanose, leichter Ikterus, Milzschwellung, Schmerzen in der Nierengegend. Albuminurie auch vor u. nach der Hb-Ausscheidung. Dauer  $\frac{1}{2}$  bis mehrere Stunden. Verlauf ev. chronisch über Jahre. **Diff.-Diagnose:** Mikroskopische u. spektroskopische Urinuntersuchung. Durch letztere auch gegen Hämatoporphyrinurie zu unterscheiden (Ausscheidung von eisenfreiem Hämatin, bes. nach Vergiftungen mit Sulfonal u. seinen Homologen). **Prognose:** Abhängig von Grundkrankheit. Bei paroxysmaler H. günstig quoad vitam, zweifelhaft quoad sanationem. **Therapie:** Behandlung der Grundkrankheit. Bei paroxysmaler H. Vermeidung von Abkühlung u. Überanstrengung; ev. Klimawechsel im Winter. Kräftige Ernährung. Tonica, bes. Chinin u. Arsen. Im Anfall Bettruhe, Versuch mit Kochsalz (10 g in 24 Std. [Mohr]).

Guttmann.

**Hämoperikardium.** Blut im Herzbeutel, meist durch Stich, Schussverletzung, Aneurysmenruptur (auch der Cora-riar), Herzmuskelzerreissung (Aneurysma, Abscess, Nekrose). **Sympt.:** Zeichen innerer Blutung\*, meist rasch Tod (Venen- u. Herzkompensation); wenn langsam: zunehmende Herzdämpfung, Spitzenstoss innerhalb der Herzdämpfung bis Verschwinden, Leiserwerden der Töne usw. (cf. Perikarditis). **Therapie:** Bei Verletzungen meist Operation — Herznaht; sonst Eisblase Styptica ev. Excitantien. Cf. Blutungen, innere. Arneht.

**Hämophilie.** Bluterkrankheit. Angeborene, durch weibliche Familienmitglieder, die aber selbst nicht erkrankt zu sein brauchen, auf die männlichen sich vererbende Neigung zu spontanen u. traumatischen Blutungen u. mangelnde Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Letzte Ursache unbekannt. **Sympt.:** Geringe Traumen, kleine operative Eingriffe (Zahnextraction, Tonsillotomie usw.) führen zu schweren, kaum stillbaren Blutungen, die Exitus bedingen können. Bei Mädchen Beginn der Menses. Bes. zu erwähnen das sog. Blutergelenk bei Hämophilien (schwere Blutungen im Gelenke, meist Kniegelenk), das in drei Stadien: 1. Hämarthros, 2. Arthritis, 3. Contracturen u. Ankylose zu schweren Bewegungsstörungen führt. **Therapie:** Druckverbände, Jodoformgazetamponade, lokale, oder lokale u. subcutane Injektion von Gelatine, 100—200 g (sterilisiert wegen Tetanusgefahr! Rp. 108); ev. auch per os oder clysmata. Vorsicht bei notwendigen kleinen Eingriffen; keine überflüssigen (kosmetischen usw.) Operationen. Der Kranke weiss meist selbst,



dass er Bluter ist. Beim Blutergelenk im ersten Stadium Ruhestellung, Kompressionsverband, Punktion, Gelatinebehandlung. Zu warnen vor grösseren, operativen Eingriffen. Weibliche Mitglieder einer Bluterfamilie auf Heredität bei Ehe hinweisen.

Kaposi.

**Hämoptoë.** *Ätiol.:* Blut oft nur aus Nase (aspiriert, Nasenrachenraum), Rachen, Mundhöhle (schlechte Zähne; saugen u. danach ausspucken lassen), Larynx, Trachea (Spiegeluntersuchung). Aus den Bronchien bei gewöhnlicher, fibrinöser, Stauungs-, putrider, bes. tuberkulöser Bronchitis, bei Fremdkörperanwesenheit, hämorrhagischen Diathesen, Urämie, Cholämie, Einatmung ätzender Gase, bei starkem Pressen, Heben, Husten, in stark verdünnter Luft (Luftballon, Hochgebirge), als vikariierende Menses. Aus Lunge bei Tuberkulose, Brand, Abscess, Tumoren, Parasiten (Echinococcus, Distomum u. a.), croupöser Pneumonie, bei Lungenverletzungen, hämorrhagischem Infarkt, bei Hysterie. *Sympt.:* Blut hellrot, ev. schäumig, meist beim Husten entleert. Grosse Mengen = Blutsturz; kleine in Streifen oder Punktform dem Auswurf beigemengt, oder innig vermengt (lehmfarben). Ev. Schall kürzer (Durchtränkung der Lunge) bis Infiltrationserscheinungen; oft Fieber. *Diff.-Diagnose:* Bei Bluterbrechen Blut schwärzlich, klumpig, wenn nicht aus grossem Gefäss, ev. Speisen dabei, Reaktion ev. sauer, Blutstuhl nachher, Anamnese, Befund. *Therapie:* Allgemeines cf. Blutungen, innere. Eisbeutel auf vermutete Seite. Zunächst nichts oder nur kalte Milch reichen, Styptica (Rp. 98 ff.). Oft Morphium subcutan am besten.

Arneth.

**Hämorrhöiden.** Erweiterungen u. Neubildungen der Venen am Anus u. oberhalb desselben. *Ätiol.:* Gewöhnlich Folge anhaltender Stuhlverstopfung durch Druck der Kotmassen auf die Venen; seltener Folge von Störungen im Leberkreislauf. *Sympt.:* Absonderung von Schleim, unterbrochen von zuweilen sehr starken Blutungen (oft erstes vom Kranken bemerktes Symptom), Schmerzen bei der Defäkation, selbst Tenesmus, hin u. wieder Erschwerung der Urinentleerung. Jedenfalls bei solchen Erscheinungen Inspektion des Anus u. Fingeruntersuchung (da auch Carcinoma recti Ursache sein kann). Meist die erweiterten, bläulich durchscheinenden Venen, oft in Knotenform, ohne weiteres zu sehen; bei höherem Sitz Nachweis mittels Digitaluntersuchung bzw. Rectoskopie. Zuweilen Einklemmung eines durch den Sphincter nach aussen getretenen Knotens bei Defäkation; hierbei sehr heftiger Schmerz, dazu Übelkeit, ja Erbrechen; eingeklemmter Knoten blauschwarz; gangränisiert, wenn Einklemmung nicht bald gehoben. *Komplik.:* Stets Katarrh der Mastdarmschleimhaut.

**Therapie:** In leichteren Fällen Regelung des Stuhlgangs (cf. Obstipation), viel Körperbewegung. Einfetten des Afters. Darmspülungen mit adstringierenden Lösungen (3—4 % Tannin usw.). Hantelpessare, wenn vertragen. Bei entzündlichen Erscheinungen Umschläge mit essigsaurer Tonerde usw., kalte Sitzbäder. Bei starken Schmerzen u. Jucken narkotische Salben u. Suppositorien (5 % Orthoformsalbe, Rp. 2, 3, 146). In schweren Fällen Operation. Beste, jedesmal erfolgreiche Methode Kauterisation der erkrankten Venen nach v. Langenbeck: In tiefer Narkose gründliche Dehnung des Sphincter ani, unter Schutz der Blattzange schrittweises Kauterisieren der herabgezogenen Knoten mit Paquelin; Vorsicht vor zu starker Verschorfung wegen narbiger Striktur; feuchte (Borsäure-) Tamponade ist gleichzeitig Schutz gegen Nachblutung; rel. schnelle Abstossung der Schorfe, Heilung unter Granulationsbildung; Rezidive nur bei mangelhafter Kauterisation. Vor der Operation Abführen, dann Opium; letzteres auch 8 Tage lang nach Operation. Andere Methode: Nach Ligatur der Schleimhautstiele Abtragung der Knoten mit dem Messer; Wismuthbrei auf die Wunden. — Bei einzelnen Knoten Injektion von konz. Carbolsäure (1—5 Tropfen ev. mit Glycerin aa) nach Lange; schnelle Nekrose u. Abstossung des Knotens; ambulant durchführbar. Leser.

**Hämothorax.** Bluterguss im Pleuraraum; meist bei penetrierenden Verletzungen, Blutgefässzerreissungen (Aneurysma, Varicen), bzw. -arrosion (bes. Knochencaries, tuberkulöse, gangränöse Lungenprozesse). Wenn Luft dabei: Hämopneumothorax. Blut meist länger flüssig, auch rasche Resorption möglich. **Sympt.:** Physikalisch wie bei Pleuritisexsudat\*; grössere Beweglichkeit bei Lage- bzw. Stellungswechsel. Anämie bis Ohnmacht, kleiner frequenter Puls. Cf. Pneumothorax. **Therapie:** Ruhe, Styptica; wenn Kollaps, Excitantien. Wenn Indikation zur Punktion: erst nach einigen Tagen. Cf. Pleuritis.

Arneth.

**Hämotympanum.** Ansammlung von Blut in der Paukenhöhle ohne Perforation des Trommelfells. **Ätiol.:** Gewöhnlich Entzündung mit starker fluxionärer Hyperämie, wie Influenza-Otitis, bei Brightscher Nephritis, Diabetes, Leukämie, Skorbut, Hämophilie, Pachymening. haemorrhagic., bei Keuchhusten und anderen Ursachen von Drucksteigerung, bei Traumen. **Sympt.:** Druck- und Völlegefühl, subjektive Geräusche, Schwerhörigkeit. Trommelfell blaurot oder blaugrau, vorgewölbt. **Diff.-Diagnose:** An Dehiszenz am Boden der Paukenhöhle mit Vorwölbung des Bulbus jugularis denken! Bei Influenza oft mit kleinen Hämorrhagien ins Trommelfell u. benachbarter Gehörgangswände verbunden. **Therapie:** Paracentese nur bei

Schmerz, besonders auch am Warzenfortsatz, Fieber oder Druckerscheinungen auf das Labyrinth, sonst exspektativ, je nach der vorliegenden Erkrankung. Bloch.

**Hallux valgus.** Abduktion der Grundphalanx der grossen Zehe im Metatarsophalangeal-Gelenk, so dass Kopf des 1. Metatarsus deutlich vorspringt. Ursache meist zu enges Schuhwerk. Infolge des so verursachten Drucks Verdickung der Hautdecke mit Schleimbeutelbildung, dessen Entzündung oft zu heftigen Schmerzen, ev. zu eitriger Bursitis u. Gelenkvereiterung führt. **Therapie:** Nur im Beginn genügt Tragen schützenden Filzrings zur Beseitigung der Schmerzen; jedenfalls bequemes Schuhwerk. Verbände ohne Erfolg. Besser operative Abtragung des vorstehenden Stücks des Metatarsuskopfes; noch besser Keilresektion aus dem Metatarsus u. folgende Korrektur. Gelenkresektion nicht gut wegen Verlust des einen Fussstützpunktes.

Leser.

**Halsrippen.** Abnorme angeborene, dem 7. Halswirbel (seltener auch dem 6.) zugehörige kurze Rippe über der ersten gewöhnlichen Rippe. Oft mit dieser verschmolzen; ein- u. doppelseitig. **Sympt.:** Oft gar keine; mitunter Schmerzen, Parästhesien, auch Lähmungen durch Druck auf den Plexus. **Diagnose:** Röntgenstrahlen. **Therapie:** Ev. Exstirpation. Kaposi.

**Hammerzehe.** Plantare Flexionscontractur der Grundphalanx einer Zehe, meist der zweiten u. oft dorsale Flexion der anderen Phalangen. Folge zu kurzen Schuhwerks, auch Folge des Drucks eines sich überlegenden Hallux valgus. **Therapie:** Bequemes, langes Schuhwerk u. Redressur; wenn ohne Erfolg, Exartikulation der Zehe. Leser.

**Harnfistel.** Harnröhren- Scheiden-, Blasen- Scheiden-, Blasen- Gebärmutter-, Harnleiter- Gebärmutter-, Harnleiter- Scheidenfisteln. **Ätiol.:** Zumeist unzweckmässig geleitete Geburten (langdauernder Druck des hochstehenden Kopfes); geburtshilfliche Eingriffe (durch Zange, Kranioklasten, Splitter des kindlichen Kopfs). Seltener Traumen, gynäkologische u. chirurgische (Hernien\*) Eingriffe, Fremdkörper (z. B. Druck vergessener Pessare). **Sympt.:** Unfreiwilliger dauernder Urinabgang mit seinen Folgeerscheinungen (übler Geruch infolge ammoniakalischer Urinzersetzung, ekzematöse u. excoriative Entzündung der benetzten Hautstellen), bei der gewaltsam entstandenen H. sofort, bei den während der Geburt entstehenden am Ende der 1. oder in der 2. Woche. Bei grösseren H. ev. partieller Prolaps der Blase. Bei lang bestehenden H. schwere Beeinträchtigung des subjektiven Befindens: Abmagerung, Kachexie. Oft entwickelt sich das Bild der Schrumpfblase. **Diff.-Diagnose:** Bei den durch Druckgangrän entstandenen H. An-

haltspunkte durch Geburtsverlauf (Druckerscheinungen: Oedem der Labien, der Scheide, blutiger Urin); durch Palpation u. Inspektion (Speculum!), mitunter Gewebsdefekt direkt festzustellen. Cystoskopische Feststellung versagt meist wegen Unmöglichkeit genügender Blasenfüllung. Sitz kleiner Fistel wird durch Abfließen von Milch, die durch Urethra eingeführt wird, kenntlich gemacht. **Komplik.:** Blasensteine. Infolge ascendierender Infektion Pyelitis, Rectovaginalfistel. **Prognose** quoad restitutionem bei schlecht gelegenen Fisteln dubia. Kleinere F. mit glattem scharfen Rand heilen oft spontan, grössere durch Vernarbung mitunter. **Therapie:** Prophylaxe! Bei gynäkologischen Operationen (bes. Wertheim) Ureter schonen. Regelmässige Kontrolle der Pessare. Bei Auftreten von Druckerscheinungen in partu baldige Entbindung. Vorsichtige kunstgerechte Anlegung geburtshilflicher Instrumente. Bei veralteten Fällen operativer Verschluss der H.; nicht vor Ablauf von 10—12 Wochen, nur durch Spezialisten. Verschluss der Scheide (Kolpokleisis) nur für verzweifelte Fälle zulässig, da sie Gefahr der Steinbildung, der Zersetzung des Urins u. Menstrualbluts u. ascendierender Infektion (Pyelitis) birgt. Kayser.

**Harninfiltration.** Eintritt von Urin in das Blase bzw. Harnröhre umgebende Gewebe mit meist folgender gangränisierender Phlegmone. **Ätiol.:** Gewöhnlich traumatisch nach Blasenruptur (cf. Blasenverletzungen) oder Harnröhrenzerreissung\*; auch nach Perforation eines Abscesses, z. B. der Prostata, in die Harnröhre möglich. **Sympt.:** Sehr gefährdender Zustand. Zunehmende, höchst schmerzhafteste Schwellung (Infiltration) der der Rupturstelle naheliegenden Gewebe, schnell fortschreitend auf Unterbauchgehend, Damm; starkes kollaterales Oedem am Hoden, Penis usw.; Urinentleerung sistiert; hohes Fieber, frequenter Puls, schliesslich Benommenheit, Delirien. **Therapie:** Muss 1. dem Urin ungehinderten Abfluss sichern (cf. Blasenverletzungen, Harnröhrenzerreissung, Harnröhrenabscesse). 2. Der H. Halt gebieten. Hierzu breite, ev. multiple energische Spaltung der infiltrierten, meist schon vereiterten bzw. verjauchten Gewebe bis ins Gesunde; feuchte (antiseptische) Tamponade oder multiple Drainage der Wunden. — Verbandwechsel tgl. 2—3 mal, je nach Durchtränkurg. Leser.

**Harnröhrenabscesse.** **Ätiol.:** Traumatisch selten nach Verletzung (Katheter) oder Ruptur der Urethra u. Infektion des ev. gestauten Urins, noch seltener nach Fremdkörpern, am häufigsten nach enger Strikturen der Urethra, die zur Zersetzung des gestauten Urins führte. — **Sympt.:** Fluktuierende, schmerzhafteste Schwellung in Umgebung der Urethra, Rötung der Hautdecke mit zuweilen weit verbreitetem Oedem. **Komplik.:**

Spezielle Diagnostik und Therapie.

14

Harnröhrenfistel. **Therapie:** Spaltung des Abscesses u. Sorge für normalen Abfluss des Urins durch Einlegung eines Dauerkatheters. — Cf. Parourethritis gonorrhoeica. Leser.

**Harnröhrenfistel.** **Ätiol.:** Abgesehen von kongenitalen (Hypo-, Epispadie\*) ausschliesslich Folge der Perforation von Harnröhrenabscessen, namentlich nach Striktur, auch nach Zerreiſung der Urethra u. Harninfiltration\*, sowie nach Prostataabscessen. **Sympt.:** Fistelöffnung oft weit entfernt mit vielverzweigten Gängen am Penis, Damm, Scrotum, Mastdarm, selbst Unterbauchgehend. Lippen- u. röhrenförmige Fisteln; letztere eiternd oder narbig. Bei Miktion Abfluss von Urin aus der Fistel, gleichzeitig oder etwas später; entweder allen Urins (z. B. bei inpermeabler Striktur) oder nur eines Teils; bei Lähmung des Sphincter vesicae ununterbrochener Abfluss, andernfalls Blasen- bzw. Ureterenfistel. Bei Zweifel über Charakter der Flüssigkeit Färben durch Einspritzen, z. B. von übermangansaurer Kali in Harnblase. **Prognose:** Ungünstig quoad spontaner Heilung, meist operative Therapie nötig. — **Therapie:** a) Bei lippenförmigen H. elliptische Excision der Fistel mit Umgebung, plastischer Deckklappen aus Nachbarhaut; bei Mastdarm-Harnröhren-Fisteln jedenfalls Spaltung des Sphincter ani zur Vermeidung der Stauung der Fäces und der Infektion durch dieselben; bei Harnröhren-Scheidenfisteln besondere Sorgfalt bei der Naht jedes der beiden Defekte nötig. b) Bei eiternden H., namentlich bei enger Striktur, vor allem Behandlung der Striktur\*. Zweckmässig Verweilkatheter oder tägl. dreimaliges Katheterisieren. c) Bei narbigen H. u. callösen Strikturen, Urethrotomia ext., Spaltung, Auskratzung aller Gänge, Excision der callösen Massen u. Verweilkatheter zur Vermeidung von Urinretention. Bei engen narbigen bzw. lippenförmigen Fisteln systematische, wiederholte Excision des Ganges (Koenig). — Cf. Harnfisteln.

Leser.

**Harnröhrenstrikturen.** Temporäre durch reflektorische Contraction der Harnröhren-Muskulatur, z. B. durch schlechtes Bier (kalte Pisse) oder bei akuter Entzündung der Schleimhaut, Anusreizung, z. B. Digitalexploration usw., gehen meist spontan vorüber. Organische, meist nach Gonorrhoe, seltener traumatisch oder nach Tuberkulose, Schanker der Schleimhaut; callöse u. narbig-atrophische; Sitz teils vorn, teils hinten, traumatische fast immer in Pars membranacea; oft multipel, von verschiedener Länge u. Enge. — **Sympt.:** Zunehmende Behinderung der Miktion. Harnstrahl verdünnt, gespalten, gedreht; längere Dauer der Miktion, zuweilen nur tropfenweise, Nachtröpfeln am Schlusse; ev. Retention des

Harns. Allmählich zunehmende Erweiterung der central vom Hindernis gelegenen Harnröhre u. der Blase. Hypertrophie der Blasenmuskulatur (vessie à colonnes). Bei Lähmung des Sphincter vesicae Ischuria paradoxa\*. Permeable H. (durchgängig für Urin u. Bougie) von impermeablen zu trennen; Feststellung von Enge u. Länge durch Bougierung. **Therapie:** Bei permeablen: allmähliche Dilatation (Bougies, Rosersche Sonden) oder schnelle mittels auseinander zuspreizenden Dilatatorien. Bei impermeablen u. callösen H.: Urethrotomia int. bzw. ext.; interne retrograd oder antegrad (Einführen eines Katheters mit gedecktem Messer, das vor oder hinter der verengten Stelle vorspringt u. sie durchschneidet); nur bei kurzen, nicht callösen anwendbar; Einlegen eines Verweilkatheters 8—14 Tage. Urethrotomia externa: Schnitt (cf. Steinmedian-schnitt) auf verengte Partie, Excision der vernarbten Gewebe, Spaltung der Striktur; Technik nicht immer leicht, zumal der verengte Gang meist abnorm gerichtet. Ev. Resektion der ganzen kranken Harnröhrenpartie u. Naht der Urethra-Enden mitsamt dem periurethralen Gewebe. Leser.

**Harnröhrenzerreissung.** *Ätiol.:* Bei Beckenfrakturen durch Eindringen eines Fragments (Schambein, Sitzbein) in Harnröhre, häufiger bei Fall (rittlings) auf Damm; teilweise oder totale quere Zerreiſsung. *Sympt.:* Immer Schmerz in Dammgegend, zuweilen Shock. Stets zunehmende Schwellung am Damm; Entleerung von Blut aus Harnröhre. Bei partieller Zerreiſsung anfangs Blut, dann klarer Urin; desgleichen beim Katheterisieren, das bei totalem Abriss nicht möglich. Bei letzterem Abfluss von (nur) Blut aus Urethra, Urinentleerung unmöglich, ebenso Katheterismus. **Therapie:** Möglichst schnelle Freilegung des Verletzungsgebietes durch Schnitt wie bei Urethrotomia ext. Ausräumung der Coagula; wenn möglich Naht der Harnröhrenenden oder Einlegen eines Katheters in centrales Ende mit lockerer Tamponade der Wundhöhle. Technik um so schwieriger, je näher die H. der Blase; wenn dabei Einführen des Katheters nicht möglich, dann Sectio alta u. Katheterismus posterior. *Prognose* bei baldiger Operation gut. Ausnahmsweise als Spätfolge Striktur der verletzten Partie beobachtet. Leser.

**Hasenscharte.** Spalte der Oberlippe. Embryonaler Bildungsfehler des Gesichtskelets. Verschiedene Grade von leichter Einkerbung bis Spaltung in die Nasenhöhle. Ein- oder doppelseitig. Oft gleichzeitig Gaumenspalte\*. *Sympt.:* Entstellung, erschwertes Saugen, Nasenrachenkatarrh, Bronchitis, Neigung zu Darmkatarrh. **Therapie:** Operation; vor dem 6. Monate nicht zu empfehlen. Sorgfältige Ernährung, wenn Saugen unmöglich, mit Löffel. Schutz vor Erkältungen. Kaposi.

**Hautemphysem.** *Ätiol.:* Eröffnung lufthaltiger Organe, wodurch Luft bei Bewegungen, z. B. Atmung unter die Haut dringt u. sich daselbst ausbreitet. Bes. also bei Verletzungen der Luftröhre, Kehlkopf, Lunge u. Pleura (s. Brustverletzungen). Auch nach Stirnhöhlenverletzungen, Läsion des Warzenfortsatzes. *Sympt.:* Luftkissengefühl, Knistern bei Palpation. Daneben die Symptome der Läsion des lufthaltigen Organs. Bei Ausbreitung über den ganzen Körper ev. Erstickungsgefahr. *Therapie:* Für gewöhnlich keine nötig. Druckverband. Bei rascher Ausbreitung Incision, sanftes Ausdrücken der Luft u. Tamponade, bzw. Naht des verletzten Organs. Kaposi.

**Hautgangrän, kachektische, neurotische.** *Sympt.:* Mitunter bei kachektischen Kindern im 1.—2. Jahre Blasen, die später mit Borkenbildung zum Substanzverluste führen u. bisweilen ziemlich scharf begrenzte Gangrän, wahrsch. durch marantische Thrombose erzeugen (multiple kachektische H.). Bei Erwachsenen, meist hysterischen Frauen, kommt eine multiple neurotische H. im Anschluss an geringfügige kleine Verletzungen an den Extremitäten vor; zuweilen von Peripherie nach Centrum aufsteigend; häufig Rezidiv. Narben führen meist zu Keloiden. *Diff.-Diagnose:* Hysterische Artefakte u. Simulation (lange Beobachtung!). Herpes\* zoster (Inkongruenz mit Spinalnervenverlauf, Doppelseitigkeit, Rezidive). *Therapie:* Allgemeinbehandlung der Kachexie u. Hysterie. Lokal anti-septische Verbände. M. Joseph.

**Hautoedem, akutes umschriebenes.** Seltene Trophoneurose des jugendlichen Alters. Anfallsweise umschriebene oedematöse Schwellung im Durchmesser von 2—10 cm, Haut u. Unterhautgewebe betreffend (selten Schleimhäute); meist blass, schmerzlos, einige Stunden dauernd; Lippen, Wangen, Extremitäten, Scrotum bevorzugt; Pharynx u. Kehlkopf gelegentlich ergriffen. Manche Autoren rechnen hierher gewisse ähnliche Affektionen der Magendarmschleimhaut, einzelne Meningitisformen, Asthma bronchiale usw. *Ätiol.:* Nur bei Neuropathen, oft mit Hysterie, Neurasthenie, Basedow, Gicht kombiniert; bisweilen lokale Traumen u. thermische Schäden. *Diff.-Diagnose:* Alle Oedemformen, bes. Oedème bleu der Hysterischen (cyanotische Färbung, Ergriffensein grösserer Flächen, Stigmata); stabiles traumatisches Oedem. *Therapie:* Psychotherapie; Hydrotherapie, Galvanisation, Chinin.

S. Schoenborn.

**Hautsarkome.** Primäre u. sekundäre; letztere von geringer Bedeutung, meist als Metastasen nach primären Visceralsarkomen. Von ersteren erscheint das idiopathische multiple Pigmentsarkom (Kaposi) an den Extremitätenenden, um später

central fortzuschreiten, als erbsen- bis haselnussgrossè, braunrote, zuerst isolierte, später gruppierte, flache oder kuglig hervorragende Knotenbildung. Allmählich kann der ganze Körper zugleich mit den Schleimhäuten affiziert werden. Einzelne Knoten involvieren sich allmählich, andere werden gangränös, bis nach Jahren unter zahlreichen Metastasen Exitus. Hiervon zu trennen: isolierte Rund- oder Spindelzellensarkome, mit langsamem Wachstum, geringer Malignität ohne Metastasen. **Therapie:** Bei beiden Sarkomformen durch frühzeitige Injektionen von Natrium arsenicosum (Rp. 22 a) oder Röntgentherapie Rückbildung möglich. Bei von alten Naevis ausgehenden Melanosarkomen nur frühzeitige Excision. M. Joseph.

### Hauttuberkulose.

a) **Tuberculosis cutis propria.** *Sympt.:* Im Gegensatz zum Lupus selten; am häufigsten an Ausgangsöffnungen des Körpers (Mund, After, Vagina, Urethra, Ohren). Geschwüre meist sehr schmerzhaft, mit käsig-eitrigem Belag, an einzelnen Stellen mit durchscheinenden gelblich-weißen Knötchen; Ränder dünn, leicht unterminiert, ausgezackt; im Geschwürsgrunde schlaffe, weiche, mattrote Granulationen. An der Peripherie neue, bald zerfallende miliare Knötchen. Serpiginöse Ausbreitung, während beim syphilitischen Geschwür wallartiger Rand u. speckiger Belag. Meist erkrankt Haut erst sekundär im Anschluss an Lungenerkrankungen; aber auch primär. **Diagnose:** Aus klinischem Aussehen, Tuberkelbacillen, Überimpfung auf Meerschweinchen. **Therapie:** Neben allgemeiner Kräftigung (cf. Lungentuberkulose) Ausschabung alles Kranken mit scharfem Löffel, Kauterisation mit Paquelin, Jodoform oder 2 % Pyrogallolsalbe.

b) **Tuberculosis verrucosa cutis.** Häufiger. *Sympt.:* Am Handrücken in Form rundlicher markstück- bis talergrosser Plaques; aussen erythematöse Zone, übergehend in eine infiltrierte, bläulich-rote mit zahlreichen hanfkorngrossen Pusteln bedeckte Partie; in der Mitte Haut höckrig, mit warzigen Auswüchsen. Beschwerden unbedeutend; äusserst chronische Dauer. Vorkommen bes. bei Fleischern, Landwirten, Stallmägden, Tischlern als Mischinfektion von Tuberkelbacillen u. Staphylokokken. **Therapie:** Holländers Heissluftkauterisation, Röntgenbestrahlung, 10 % Pyrogallolsalbe. — Cf. Lupus, Leichtentuberkel, Miliartuberkulose. M. Joseph.

**Hebephrenie.** Unterform der Dementia praecox\*. Auch als „Jugendirresein“ im engeren Sinne bezeichnet wegen vorwiegender Entwicklung in der Pubertät. *Sympt.:* Schleichende Ausbildung psychischer Schwäche: Zerfahrenheit, Gemütsstumpfheit, Leistungsunfähigkeit. Oft im Beginn neurasthenische,



hypochondrische, depressive, seltener läppisch-heitere Erregung, Verwirrtheit, Wahnbildungen, Zwangsvorstellungen, Triebhandlungen. Besserung in  $\frac{1}{4}$  der Fälle. Nicht immer abzugrenzen von Katatonie\*.  
Raecke.

**Heiserkeit (inkl. Aphonie).** Heiserkeit ist Störung der vorhandenen Sprechstimme, Aphonie Fehlen derselben, also Stimmlosigkeit. *Ätiol.:* a) Bei Heiserkeit sämtliche Prozesse, die normale Funktion u. Einstellung der Stimmbänder behindern, also Schleimbildungen, Entzündungen, Katarrhe (Laryngitis), Verdickungen, Blutungen, Kehlkopfpolyphen (bei diesen mitunter sog. Diphthongie, d. h. Doppeltonbildung, weil durch Einklemmung des Polyphen die Stimmritze in zwei Hälften geteilt wird, deren jede je einen verschieden hohen Ton hervorbringt). Ferner Ulcera, Tuberkulose, Lues, Carcinom, Perichondritis, Frakturen, Pachydermie, Stimmbandlähmungen u. -Erschlaffungen. b) Bei Aphonie meist Hysterie oder Neurasthenie, oft zusammen mit einem lokal auslösenden organischen akuten oder chronischen Kehlkopfleiden. Gewöhnlich Lähmung sämtlicher Schliessmuskeln, also Offenbleiben der Stimmritze, sehr viel seltener Aponia spastica infolge krampfhaften Schlusses der Stimmritze beim Phonationsversuch (vgl. Glottiskrampf). *Diff.-Diagnose:* Bei Aponia hysterica Verwechslung mit den verschiedenen Stimmbandlähmungen infolge von centraler oder peripherer wirklicher Erkrankung des N. recurrens (laryngoskopische Untersuchung!). Bei Aponia hysterica oft charakteristisch, dass nur beim Sprechversuch Ton fehlt, dagegen bei Husten vorhanden ist, welcher laut tönend erfolgt. *Therapie:* Nie symptomatisch, wie einfache Inhalationen, Halsumschläge usw.; stets Behandlung des eigentlich ursächlichen Leidens, nach sorgfältiger Erueierung (Kehlkopfspiegel). Bei Aphonie auch lokale Elektrizität, Kompression des Kehlkopfs von aussen, Vibrationsmassage, Stimmübungen, Verbesserung der meist zu hohen Tonlage (Vorsprechen in tiefer Tonlage), Regelung der gewöhnlich zu flachen u. hastigen Atmung vor u. während des Sprechversuches. Daneben Behandlung des Grundleidens.

Max Senator.

**Hemeralopie.** *Ätiol.:* Retinitis pigmentosa, Unterernährung (oft kombiniert mit Xerosis conjunctivae), Neurasthenie. Einseitig bei Siderosis bulbi. *Sympt.:* Herabsetzung des Lichtsinnes. Bei heller Beleuchtung gute Sehschärfe; bei eintretender Dämmerung u. mangelhafter Beleuchtung an Blindheit grenzende Sehschwäche. *Therapie:* Bei Retinitis pigmentosa u. Siderosis\* aussichtslos. Extraction des Eisensplitters bringt Leiden höchstens zum Stillstand. In Fällen von Unterernährung u. Neurasthenie roborierende Diät u. Eisen.  
Schieck.

**Hemiatrophia facialis progressiva.** Bei jugendlichen Individuen meist spontan auftretendes langsam fortschreitendes Einsinken einer Gesichtshälfte in allen Gewebsschichten: Verdünnung u. Verfärbung der Haut, Schwinden des Fettgewebes, danach Muskelatrophie ohne EaR. u. Atrophie der Knochen. Kopfhaut u. Haar bleiben meist frei. Bisweilen Übergreifen auf den Körper oder die andere Gesichtshälfte. Oft Kombination mit anderen Neurosen. **Ätiol.:** Völlig unbekannt (Infektion? Trophoneurose des Sympathicus?) Anlass bisweilen ein Trauma. **Therapie:** Ziemlich aussichtslos. Galvanisation. Roborantien.

S. Schoenborn.

**Hemikranie.** Syn. Migräne. **Ätiol.:** Neuropathische Disposition, meist direkte Vererbung; vielleicht Beziehungen zur Gicht; Auslösung bisweilen durch Überanstrengung. H. ist wahrscheinlich eine Gefässneurose; lokale cerebrale Ischämie durch Gefässkrampf. **Sympt.:** Heftiger anfallsweiser meist periodisch auftretender Kopfschmerz, am häufigsten eine Kopfhälfte (oft die linke) bevorzugend, aber auch beide Schläfen u. andere Teile betreffend. Dauer des Anfalls  $\frac{1}{2}$ —1 Tag. Meist Intervalle einiger Wochen. Bei Frauen bisweilen der Menstruation parallelgehend. Beim Anfall meist Magenstörung, Appetitlosigkeit u. Erbrechen; häufig Empfindlichkeit gegen Licht, Schall, Gerüche; bisweilen vasomotorische Symptome (Pupillenveränderungen, Rötung des Gesichts). Nicht selten Flimmerskotom als Einleitung des Anfalls (Sehstörung: zunehmende Verengerung des Gesichtsfeldes, dessen Rand scheinbar von feurigen, flimmernden Kreisen gebildet ist) während  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde; auch Parästhesien u. Schwächegefühl in einem Arm (Lippen, Zunge usw.) während des Anfalls. Der Anfall endet meist plötzlich nach dem Schlaf. **Komplik.:** Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Schreibkrampf, Schwindelanfälle. **Diff.-Diagnose:** Typischer Anfall kaum zu verkennen; atypische Fälle können erinnern an Kopfschmerzen bei Hirntumor, Urämie usw. **Verlauf:** Äusserst chronisch, meist lebenslänglich oder bis zum Klimakterium. Heilungen kommen aber spontan u. durch Therapie vor. Bisweilen nachfolgend Tabes, Paralyse. **Therapie:** Hauptsache Allgemeinbehandlung; Beseitigung chron. Verstopfung (Karlsbader Kur), chron. Nasenleiden; Hochgebirgs- oder Seeklima, Galvanisation, Gymnastik, Allgemeinmassage. Arsen (Kakodyl, Rp. 26, Levico), seltener Brom (Rp. 139 ff.), Nitroglycerin (Rp. 58, 59). Abkürzung des Anfalls bisweilen möglich durch Phenacetin, Aspirin, Salicyl, Ergotin, Migränin (1,0 in Pulvern), Amylnitrit (Rp. 56). Mentholreibe (Migränestift), Umschläge u. Ruhe in dunklem Zimmer wenden viele Kranken allein an. Morphin kann u. soll meist entbehrt werden. Cf. Kopfschmerzen.

S. Schoenborn.

**Hemiplegie.** Halbseitige Lähmung. Sprachgebrauch meist nur für motorische Lähmung; „sensible H.“ = halbseitige Empfindungsstörung, wenig gebräuchlich. Zu unterscheiden cerebrale u. spinale H.

**Cerebrale H.** *Ätiol.:* Apoplexie\*, Gehirnembolie\* oder -Thrombose; Gehirngeschwülste\*, Gehirnbräunung\*, Verletzungen des Gehirns, Meningitis, lokale Gehirnkompensation durch Hämatome, Hydrocephalus, Schädelveränderungen; Hysterie, Urämie; Polioencephalitis. *Sympt. u. Lokaldiagnose:* Ausdehnung u. Art der Hemiplegie etwas verschieden nach Sitz der Läsion (cf. S. 33). Während reine Rindenläsion meist Monoplegie auf der Gegenseite des Körpers macht (je nach Lage in den Centralwindungen Monoplegia facialis, faciobrachialis, brachialis, cruralis) u. nur sehr grosse Zerstörungen der Rinde (selten!) Hemiplegie verursachen, ist Hemiplegie die Regel bei Affektionen der Medulla bzw. der motorischen Leitungsbahnen, vor allem in der inneren Kapsel (hinterer Schenkel derselben). Gelähmt sind dann unteres Facialisgebiet, Bein, Arm, Zunge (Zunge weicht beim Herausstrecken nach gelähmter Seite ab). Meist Arm (zumal Hand u. Finger) schwerer getroffen als Bein. Schlundmuskeln, Kehlkopf, die meisten Rumpfmuskeln bleiben frei (Cucullaris bisweilen beteiligt; oft schlechtere Thoraxatmung der gelähmten Seite), werden nur bei doppelseitigen Herden gelegentlich beteiligt. Intensität der Hemiplegie abhängig mehr von Grösse des Herdes als von Lage innerhalb der motor. Leitungsbahn von Cortex bis Medulla, mit wenigen Ausnahmen (Hemiplegia alternans sup., mit Lähmung des gekreuzten Oculomotorius, bei Hirnschenkelherden; Hemiplegia alternans, mit gekreuzter Facialislähmung, bei Brückentumor nahe dem Facialis-kern, Herde im obersten Teil der Brücke machen einfache Hemiplegie; cf. S. 33). Selten Sensibilitätsstörungen. Lokaldiagnose einfacher Hemiplegie (fast stets subcortical, s. o.!) fast nur bei Beteiligung benachbarter Hirnteile möglich; am häufigsten: innere Kapsel. Lähmung nur bei plötzlichem Eintritt zuerst schlaff; später, sowie bei langsamem Eintritt fast stets mehr weniger spastisch, mit gesteigerten Sehnen- u. herabgesetzten Hautreflexen gelähmter Seite, Babinskireflex. Keine Ea R. *Verlauf:* Falls nicht (Tumor!) allmähliche Zunahme der Lähmung durch Zunahme der Ursache, erfolgt meist Besserung der Parese (zumal im Bein- u. Facialisgebiet) mit Ausnahme einiger Gebiete; häufig später Contracturen: Fuss in Spitzfussstellung, Arm im Ellbogengelenk gebeugt steif, steife Finger; Bewegung des Beins beim Gehen mit starker aussenconvexer Halbkreisbewegung. Sehr selten Muskelatrophie, oft vasomotorische Störungen, bisweilen Athetose u. Chorea auf gelähmter Seite, auch Mitbewegung gelähmter Muskeln bei ak-

tiver Bewegung der gleichen auf gesunder Seite. **Diagnose** der Art der Hemiplegie s. o. u. S. 33. Hysterische Hemiplegie: meist ganze Körperhälfte gleichmässig total gelähmt, oft mit Hemianästhesie u. a. hysterischen Stigmata. Beeinflussung durch Suggestion. **Therapie:** Bei frischer Hemiplegie wie bei Apoplexie\*. Später hauptsächlich Übung der gelähmten Muskeln (ev. mit Hilfe der Mitbewegung der gesunden Seite), passive Bewegung u. Massage, Galvanisation (grosse Elektroden stabil 2—3 M.-A., Stirn-Nacken, quer durch die Stirn, durch die Warzenfortsätze; labil u. stabil, 4—6 M.-A., Nacken-Extremität; ev. auch Faradisation der Extremität). Übermüdung vermeiden! Milde Hydrotherapie (laue Vollbäder, Abreibungen, CO<sub>2</sub>- u. Fichtennadelbäder). Jodkali oder Sajodin (Rp. 27, 28), bei Reizbarkeit Brom (Rp. 139 ff.). Ev. Strychnin (Rp. 151, 152). Bei schwerer Lähmung oder Contractur ev. chirurgisch; Sehnendurchschneidung, Apparate.

**Spinale H. Ätiol.:** Hämatomyelie\*, Verletzung, Tumoren, Multiple Sklerose\*, Myelitis\*, Syringomyelie\*, Poliomyelitis ant\*. — sämtlich bei Sitz im Halsmark. **Sympt.:** Arm u. Bein der gleichen Seite gelähmt mit baldiger Atrophie u. Ea R., fehlenden Sehnenreflexen bei Sitz wesentlich in grauer Substanz (Poliomyelitis ant.); Lähmung ohne Atrophie oder Ea R. mit gesteigerten Sehnenreflexen u. Babinski, gewöhnlich mit bald eintretenden Contracturen bei Sitz in Pyramidenbahnen. Einzelheiten s. bei obigen Krankheiten. Nicht selten Sensibilitätsstörungen (vgl. Brown-Séquard'sche Lähmung). **Therapie:** Wie oben; Galvanisation des Rückenmarks. (Wirbelsäule auf u. absteigend, stabil, 4—8 M.-A). **Diff.-Diagnose** cerebraler u. spinaler Hemiplegie: Beteiligung des Facialis (stets cerebral); Atrophie mit Ea R. (fast stets spinal); Beteiligung von Nachbargebieten. S. Schoenborn.

**Hernien.** Nachgiebigere Stellen der Bauchwand, meist einem präformierten Gewebs- oder Muskelspalt-u. fast stets dem Verlauf von Blutgefässen oder Nerven entsprechend, umhüllt von intakten Bedeckungen. Benennung nach der topographischen Lage (s. u.). **Ätiol.:** Fast stets angeborene Anlage. Traumatische Entstehung stets zweifelhaft (vom Reichsversicherungsamt nur anerkannt, wenn sicher nachgewiesen, dass vorher kein Bruch, dass der Bruch plötzlich entstand, sofort heftige Schmerzen machte u. Arbeitsunfähigkeit eintrat). Ausdehnung des Unterleibs nach Geburten, Hydrops, Tumoren. Nachgiebigkeit von Operationsnarben. **Sympt.:** Vorwölbung der betreffenden Bruchpfortengegend von Nuss- bis Kopfgrösse u. darüber (Eventratio). Bei freien Hernien Bruchinhalt reponierbar, Bruchpforte abtastbar. Anprall u. Vortreten des Inhalts beim Husten u. Pressen (grosse, mitunter auch kleinere Brüche machen Schmerz-

u. Verdauungsbeschwerden). **Komplik.:** Irreponibilität, Entzündung des Bruchsackes, Verletzungen des irreponiblen Inhaltes, Einklemmung (cf. H. incarcerata). **Therapie:** Bei nicht zu grossen reponiblen Brüchen Reposition u. Bruchband oder Radikaloperation.

**H. diaphragmatica.** Zwerchfellbruch. Echte, d. h. vom Peritoneum als Bruchsack umhüllte, sind Raritäten. Viel häufiger sog. bruchsacklose H., d. i. Eintritt von Baucheingeweiden in die Brusthöhle durch eine Lücke (bes. Foramen oesophageum, Lücke des N. sympathicus, hinter dem Sternum) oder traumatisch entstandenen Riss im Zwerchfell; sehr selten angeboren. **Sympt.:** Können jahrelang fehlen, dann plötzlich Einklemmungserscheinungen; letztere sofort bei traumatischer Entstehung. **Diagnose:** Sehr schwer. Tympanie im Brustraum. Röntgenstrahlen (?). **Therapie:** Operation (s. Ileus).

**H. epigastrica.** Sitzen in der Linea alba, meist oberhalb des Nabels. **Sympt.:** Meist nur haselnuss- bis eigrosse wie ein Lipom sich anfühlende Vorwölbung. Nicht immer reponibel. Auf Druck oft sehr empfindlich. Machen gern Magenbeschwerden. Oft übersehen. **Therapie:** Bruchband bzw. Bandage verschafft nicht immer Erleichterung, steigert manchmal sogar Beschwerden; dann Operation angezeigt. Hierbei findet man meist ein subseröses Fettläppchen in der Linea alba, das einen Zipfel des Peritoneums oder Magens nachgezogen hat, selten verwachsenes Netz. — Cf. Hernia ventralis.

**H. femoralis.** Schenkelbruch. Bes. bei Frauen. Sitzt im Gegensatz zu Leistenbruch unter dem Leistenband, selten über apfelgross. **Sympt.:** Fehlen oft gänzlich. In anderen Fällen Schmerz, Obstipation. **Komplik.:** Häufig Incarceration, wird oft erst dann entdeckt. **Diff.-Diagnose:** Lymphdrüse (oft Infektion am Bein nachweisbar), Varix der Vena saphena (lässt sich komprimieren, daneben oft noch Krampfadern am Bein), Abscess (zeigt Fluktuation). **Therapie:** Bruchbänder, die aber oft schlecht sitzen u. nicht vertragen werden. Operation, gibt leicht Rezidive, daher viele Methoden.

**H. incarcerata.** **Ätiol.:** Allermeist gewaltsames Hineinpressen einer Darmschlinge infolge gesteigerter Bauchpresse (Schwerheben usw.) in einen schon präformierten Bruchsack u. elastische Abklemmung durch die Bruchpforte. Selten Mechanismus der Koteinklemmung. Häufigkeitsskala: Schenkel-, Leisten-, Nabel-H., dann H. obturatoria, ischiadica (s. Ileus). **Sympt.:** Sofortiger heftiger Schmerz im Bruch. Früher reponibler Br. wird irreponibel u. gespannt, schon irreponibler bekommt starke Spannung. Bald Erbrechen. Zuerst heftige Peristaltik mit Koliken; trotzdem kein Stuhl, kein Wind, selbst auf Klystiere u. Abführmittel. Zunehmender Meteorismus. Bei

nicht rechtzeitiger Hilfe schwerer Kollaps, Koterbrechen, Gangrän der Schlinge, Exitus. **Therapie:** Taxis oder Operation. Bei kleinen Brüchen, bes. Schenkel- u. Nabelbrüchen (auch an Litttrésche Darmwandbrüche denken!), sowie bei mehrstündiger Dauer der Einklemmung keine Repositionsversuche, sondern gleich Operation. Zur Unterstützung der Taxis frischer Brüche Beckenhochlagerung eine Stunde lang, Narkose, Ätherspray, Eis, warmes Bad, bei sehr grossen Brüchen Gummibindenwicklung. Vor Taxis Blase entleeren! Kein Atropin, kein Opium! Morphium nur zur Schmerzlinderung. Keinen Kranken verlassen, bevor durch Taxis oder Operation Einklemmung behoben! Unangenehme Komplikation bei der Taxis: Massenreduktion, d. h. Reposition mit schnürendem Ring, wobei Einklemmungserscheinungen bleiben. Operativ: Blutige Lösung der Incarceration, Reposition bei lebensfähiger Schlinge, Resektion bei gangränöser. Bei sehr kollabierten Patienten Schlinge als Anus praeternaturalis einnähen. Bei älteren u. kollabierten Kranken Operation in Lokalanästhesie. Vorher Magenspülen, wenn Koterbrechen bestand. Herzmittel. Nach der Operation einige Tage flüssige Nahrung. 3—4 Wochen Bettruhe. Cf. Ileus.

**H. inguinalis.** Leistenbruch. Beim Mann häufiger. Äussere oder indirekte, die durch den Leistenkanal parallel dem Samenstrang verläuft, überwiegt bei weitem die innere oder direkte. Anlage fast immer angeboren; bei Disposition Entstehen eines Leistenbruches durch schweres Arbeiten begünstigt. Leistenhernien kleiner Knaben sind häufig, verschwinden aber oft nach Tragen passender Bruchbänder. **Sympt.:** Geschwulst der Leistengegend; solange noch im Leistenkanal, interstitielle H. genannt. Grössere Brüche treten ins Scrotum, bei Frauen ins Labium majus herab, können enorme Grösse erreichen. Inhalt meist Dünndarm u. Netz, dann oft irreponibel; seltener Ovarium, Blase u. a. Baueingeweide. Ziehende Schmerzen, Obstipation. **Diff.-Diagnose:** Hydrocele, Scrotal- u. Hodengeschwülste nach oben gegen Leistenkanal abgrenzbar; Hydrocele zeigt ausserdem Transparenz. **Therapie:** Bei kleinen u. reponiblen Brüchen gut sitzendes Bruchband (in liegender Stellung nach Reposition des Bruchinhaltes anzulegen). Bei irreponiblem Bruch höchstens Suspensorium oder wie bei Eventration Tragbeutel. Am sichersten exakte Operation nach Bassini oder Kocher. Brüche kleiner Knaben, die nicht nach längerem Tragen von Bruchbändern heilen, erfordern ebenfalls Operation (nur Abtragung des Bruchsackes u. Pfeilernaht).

**H. obturatoria.** Selten; noch seltener erkannt. Tritt durch die Gefässlücke der Vasa obturatoria aus; häufiger bei Frauen im höheren Alter als bei Männern. **Sympt.:** Meist Vorhandensein der H. unbekannt, bis plötzlich Einklemmung er-

folgt. Kleine Vorwölbung an der Innenseite des Oberschenkels unter dem M. pectineus, ausstrahlende Schmerzen oder Parästhesien bis zum Knie (Druck auf den Hautast des N. obturatorius). Bei innerer Einklemmung stets an H. o. denken u. betr. Bruchpforte untersuchen! **Therapie:** Wohl nur bei Incarceration. Operation von aussen, oder, da Diagnose immer unsicher, Laparotomie u. Lösung der Incarceration.

**H. umbilicalis.** Nabelbruch. Angeboren u. erworben. 1. Bei Neugeborenen: Richtiger „Nabelstranghernien“. Grössere zählen zur Eventration. Bei kleineren kann bei Ligatur des Nabelstranges Darm mit abgebunden werden, wodurch Incarceration, Kotfistel, Tod an Peritonitis. 2. Bei Säuglingen: Sehr häufig. Bruchpforte klein, bis kirschgross, beim Schreien u. Pressen tritt Darm ein, ohne weitere Symptome zu machen. Beste **Therapie:** Kleine Pelotte aus Gaze oder Watte u. breite Heftpflasterstreifen, die man etwa 1—2 × wöchentl. wechselt; Bauchhaut wird dabei so zusammengezogen, dass Nabel in einer Längsfalte liegt. Nach einigen Monaten Heilung; sonst operativ. 3. Bei Erwachsenen: Frauen öfter befallen. Häufigste **Ätiol.:** Geburten, Tumoren, Hydrops. **Sympt.:** Können gewaltige Grösse erreichen, sind schmerzhaft, irreponibler Inhalt (Darm, klumpiges Netz) macht oft Verdauungsbeschwerden. Haut über der H. sehr verdünnt, oft ekzematös verändert. **Therapie:** Gut sitzendes Bruchband, das nicht drückt, ist sehr schwierig zu beschaffen, nur bei reponiblem Inhalt anzulegen; bei irreponiblem behelfen sich die meisten Frauen mit Leibbinde. Radikaloperationen oft sehr schwierig. Zahlreiche komplizierte Methoden. Bei Incarceration rasche Operation wegen schneller Gangrän. Keine oder nur kurz dauernde Taxisversuche.

**H. ventralis.** Bauchbruch. **Ätiol.:** Diastase der Mm. recti nach Geburten oder Ausdehnung des Leibes durch Hydrops, Tumoren. Nachgiebigkeit von Operationsnarben; Sitz entspricht also hier keiner präformierten Bruchpforte. **Sympt.:** Beschwerden wechselnd, meist Verdauungsstörungen, Ziehen im Leib, Unfähigkeit zu stärkeren Anstrengungen (wohl auch zum Teil auf Adhäsionen zu beziehen). **Therapie:** Leibbinde mit guter breiter Pelotte verschafft nur selten Erleichterung, daher Operation mit exakter Vernähung aller Schichten der Bauchwand. Cf. H. epigastrica. Kaposi.

**Herpes corneae.** **Ätiol.:** Leichte Hornhauterosionen. **Sympt.:** Meist einige Tage nach deren Abheilung erneute Injektion. Auf der Hornhautoberfläche feinste bläschenförmige Epithelabhebungen, untereinander durch Epithelrisse verbunden (Keratitis dendritica). Das ergriffene Hornhautgebiet ist anästhetisch. Neigung zu Rezidiven u. Bildung von Geschwüren, auch Ulcus serpens. **Diff.-Diagnose:** Bei Keratitis bullosa grosse

Blasen unter dem Epithel infolge von glaukomatöser Drucksteigerung. **Therapie:** Atropinsalbe (cf. Hornhautinfiltrat). Feuchtwarmer Verband. Innerlich Aspirin. Schieck.

**Herpes facialis.** *Sympt.:* Gruppenförmige, stecknadelkopfgrosse Bläschen an Lippen, Wangen, Nase oder Kinn erscheinen ohne schmerzhaftige Erscheinungen, oft doppelseitig. Befallen werden gesunde Menschen, zuweilen im Anschluss an Schnupfen, Lungenentzündung, Meningitis, Diphtherie. In einigen Tagen trocknen Bläschen ein. **Therapie:** Borvaseline, Wilsonsche Salbe (Rp. 198 a). M. Joseph.

**Herpes genitalis.** *Sympt.:* Eine oder mehrere Gruppen von Bläschen erscheinen unter geringem Brennen u. Jucken beim Manne auf der Lamina int. praeputii, im Sulcus coron. glandis u. angrenzenden Teilen, bei Frauen an Labia majora. Seröser Inhalt entleert sich; in einigen Tagen trocknen Bläschen ein. *Ätiol.:* Unbekannt. Bei Männern oft zugleich mit H. urethralis u. Plattfuss, bei Frauen im Anschluss an Menstruation (H. menstrualis). **Therapie:** Aufpudern von Dermatol, Acid. boricum usw. M. Joseph.

**Herpes laryngis et pharyngis.** *Ätiol.:* Scharfe, gewürzte, reizende Speisen bei besonders Disponierten, Verdauungsstörungen, fieberhafte Krankheiten (Pneumonie, Influenza, Angina, stärkerer Schnupfen, nicht Typhus u. Recurrens). *Sympt.:* Stecknadelkopf- bis linsengrosse Bläschengruppen, weiss mit hellwässrigem, allmählich sich trübendem Inhalt an Lippen (Herpes labialis), im Gesicht (H. facialis\*), Zungenspitze u. -Rändern, Wangenschleimhaut, hinterer Pharynxwand, Gaumensegel, Uvula, Epiglottis bis ins Kehlkopffinnere. Umgebung der Bläschen gerötet, nach 2—3 Tagen Platzen, worauf leichte Ulceration u. Borkenbildung. Nachschübe. Fast immer Fieber (oft 40—41°). *Diff.-Diagnose:* Stomatitis aphthosa, Maul- u. Klauenseuche, Pemphigus, Lues, Tuberkulose, Verbrennungen. **Therapie:** Bei dem fast immer gutartigen akuten Verlauf (einzelne chronisch rezidivierende Fälle sehr selten, bei diesen Arsen innerlich, Rp. 23), flüssige, reizlose Ernährung, Mundspülung mit Borsäure, Wasserstoffsuperoxyd. Streupulver (Rp. 4). Ev. Antipyretica (Rp. 37), auch bei lokaler Schmerzhaftigkeit. Behandlung des Grundleidens. Max Senator.

**Herpes zoster.** *Sympt.:* Kreis- oder gruppenförmig angeordnete Bläschen, die gewöhnlich dem Verlaufe eines Nerven (Ganglionitis oder periphere Neuritis) halbseitig folgen, epidemisch im Frühjahr oder Herbst sich häufen u. den Kranken meist nur einmal befallen. Aber auch doppelseitiger Zoster u. mehrmaliges Auftreten. Häufig abortiver, anderemale sehr schmerzhafter Verlauf, zuweilen mit Blutungen (Z. haemor-



rhagicus) u. Gangrän (*Z. gangraenosus*). Abheilung mit Narbenbildung. Bei *Z. ophthalmicus* zuweilen Augenmuskellähmungen, bei *Z. trigemini* periphere Facialislähmung. Toxischer *Z.* nach Vergiftung mit Arsen oder Kohlenoxydgas, nach Typhus, Meningitis cerebros spinalis, Diabetes, Mumps. **Therapie:** Einpinselung mit Collodium, 2 % Cocainsalbe, Anästhesin (Rp. 4), Alkoholverbände. Innerl. Chinin oder Morphium. M. Joseph.

**Herzfehler, angeborene.** Persistenz des Ductus Botalli, Defekte in Vorhof- u. Kammerscheidewand, Veränderungen an den Ostien. Oft kombiniert u. zusammen mit anderen Missbildungen, Idiotie, Taubstummheit, Mongolismus, allgem. Hypotrophie u. Infantilismus. **Ätiol.:** Entwicklungshemmungen oder fötale Endokarditis. **Sympt.:** 1. Herzgeräusche allein. 2. Herzgeräusche u. Cyanose. Letztere dauernd (Morbus coeruleus) oder nur nach Körperbewegungen, Schreien usw. Daneben Schläffheit der Muskulatur, Störungen der Atmung (Kurzatmigkeit bis Erstickungsanfälle), subnormale Temperaturen, Trommelschlegelfinger, Volumzunahme des Herzens bes. des rechten.

**Pulmonalstenose.** Verbreiterung nach rechts, Pulsation über dem rechten Herzen, lautes systolisches Geräusch und leiser 2. Ton über der Pulmonalis. Cyanose, Trommelschlegelfinger; Neigung zu Lungentuberkulose. Selten Alter über 20 Jahre erreichend.

**Septumdefekt.** Pulsation über dem rechten Herzen, lautes systolisches Geräusch an der Basis. Meist mit anderen kongenitalen Vitien kombiniert.

**Offener Ductus Botalli.** Über der Pulmonalis Dämpfung und systolisches Geräusch, akzentuierter 2. Ton.

**Diff.-Diagnose** der anatomischen Verhältnisse in vivo meist unmöglich, aber auch belanglos. **Prognose:** 1. Herzfehler, die sich nur durch ein Geräusch verraten, können, falls sie nicht in den ersten Jahren verschwinden, für viele Kinder während des ganzen Lebens etwas Gleichgültiges bleiben u. die Entwicklung nicht im geringsten stören. 2. Die Blausucht, die nicht angeboren zu sein braucht, sondern sich im Laufe der ersten Jahre erst entwickeln kann, ist bei weitem ungünstiger u. führt bald zu Insuffizienzerscheinungen. Die Kinder erliegen meist frühzeitig akzidentellen Infektions- oder Lungenkrankungen, für welche der Herzfehler zur Komplikation wird. **Therapie:** Junge Kinder sind vor Abkühlung zu schützen, ältere vorsichtig abzuhärten. Verhütung von Infektions- u. Lungenkrankheiten. Bei asphyktischen Anfällen Brom, bei Kollaps Kampfer. Beuttenmüller u. Hasenknopf.

**Herzfehler u. Geburt.** Durch Herzfehler können in Schwangerschaft u. Geburt schwerste Kompensationsstörungen

eintreten. **Ätiol.:** Vermehrung der Blutmenge in der Gravidität, Aufnahme der sog. Schwangerschaftstoxine; psychische Einflüsse; Erhöhung des intraabdominellen Drucks u. dadurch bedingte Rückflussbehinderung des Blutes der unteren Extremitäten, welche erhöhte Herzarbeit verlangt, Steigerung des Blutdrucks während der Wehen; starke Blutdruckerniedrigung nach Ausstossung des Kindes. **Sympt.:** Bei kompensierten Klappenfehlern, auch schweren, können üble Folgeerscheinungen ausbleiben. Bei Kompensationsstörung Dyspnoe bzw. Orthopnoe, kleiner unregelmässiger Puls, Jactation, Oligurie, Verschlimmerung des Herzleidens. **Prognose:** In jedem Fall gestörter Kompensation bzw. bei stärkerer Herzinsuffizienz ernst; grösste Gefahr bei Ausstossung des Kindes. Mitunter treten Kompensationsstörungen erst bei wiederholter Schwangerschaft auf. **Therapie:** Prophylaxe (ev. Eheverbot!). In der Schwangerschaft Fernhaltung aller körperlichen u. seelischen Erregung. Ruhe, blande Diät, Herztonica (Rp. 47 ff.). Besondere Vorsicht bei Ausstossung des Kindes (Auflegen eines 3 Kilo schweren Sandsacks auf den Leib). Bei anhaltender schwerer Kompensationsstörung bzw. Herzinsuffizienz künstliche Schwangerschaftsunterbrechung, am besten durch künstlichen Abort; bei vorgeschrittener Schwangerschaft zur Vermeidung der Wehen zweckmässig durch vaginalen Kaiserschnitt, der auch bei anscheinend moribunden Schwangeren mitunter lebensrettend wirkt. Kayser.

**Herzhypertrophie u. Herzdilatation.** Hypertrophie (= Volumszunahme des Herzmuskels, dessen Elemente an Zahl u. Stärke zunehmen) tritt ein bei wochen- und monatelanger vermehrter Arbeit des Herzens zur Überwindung von erhöhten Widerständen (z. B. bei Aortenstenose) bzw. auf gesteigerte Reize hin (forcierte Muskeltätigkeit, überreiche Nahrung, ungenügende Atmung, Veränderungen des endosomatischen Betriebes im weitesten Sinne), ist also ein durch die „latente Reserveenergie des Herzens“ (O. Rosenbach) ermöglichter Kompensations- bzw. Akkommodationsvorgang. Meist verbunden mit Dilatation (Erweiterung aller oder einzelner Herzhöhlen); dann auch exzentrische Hypertrophie genannt. Zu unterscheiden mit O. Rosenbach: aktive Dilatation (Hyperdiastole), die der Hypertrophie vorangeht u. sie (durch bessere Ernährung des Herzmuskels) erst ermöglicht, u. passive oder atonische Dilatation, wobei die Contractionsfähigkeit mehr weniger mangelt. Letztere tritt ein, wenn ein hypertrophischer Herzmuskel durch unverändertes Bestehen bzw. Steigerung des Grundleidens, oder durch Erkrankungen, zu denen er auch mehr disponiert ist als ein gesunder, ermattet (Herzinsuffizienz, Kompensationsstörung), aber auch primär (cf. Herzüberanstrengung).

**Hypertrophie: Ätiol.:** H. des linken Ventrikels: Durch alle Verengerungen im Aortensystem (z. B. Aortenstenose, Arteriosklerose, Aneurysma, dauernd erhöhte arterielle Spannung); durch Vermehrung der zu bewegenden Blutmasse (Aorteninsuffizienz, Plethora); durch nervöse Einflüsse (psychische Erregungen, Basedow, Masturbation usw.); durch Missbrauch von Alkohol, Tabak, Kaffee usw.; bei Gravidität (nicht konstant, oft durch Zwerchfellhochstand vorgetäuscht!) u. Myomen; bei chron. Nephritis, bes. Schrumpfnieren (hier Drucksteigerung, Hydrämie, toxische Einflüsse zusammen wirksam); nach manchen Autoren auch in der Pubertät (sog. Wachstumshypertrophie; sehr zweifelhaft). H. des rechten Ventrikels: Bei erhöhten Widerständen im Lungenkreislauf (Pulmonalstenose, Mitralfehler, Lungenkompression, Lungen- u. Pleuraschrumpfung, Emphysem, Kyphoskoliose, mechanisch wirkender Kropf usw.). H. der Vorhöfe: Bei erschwertem Abfluss durch die Ostien (Stenose, Insuffizienz). H. des ganzen Herzens: Bei Kombination bzw. erheblicher In- u. Extensität obiger Ursachen, insbes. auch bei anhaltend erhöhter Muskelarbeit („Arbeiterherz“, „idiopathische H.“), Luxuskonsumption, bes. übermäßiger Biergenuss („Münchener Bierherz“), Perikardialverwachsungen usw. **Sympt.:** Subjektiv: Herzklopfen, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Schwindel, Pulsieren grösserer Gefässe, unangenehme Gefühle im Thorax (Druck auf Nachbarorgane), geringe körperliche Leistungsfähigkeit (Kurzatmigkeit, leichte Ermüdung). Objektiv: Puls vom Grundleiden (Aortenfehler usw.) abhängig; zuweilen voll u. gespannt (bes. bei Schrumpfnieren). Spitzenstoss oft hebend, verbreitert, nach aussen verlagert; zuweilen starke Erschütterung der ganzen (mitunter vorgewölbten) Herzgegend u. des Epigastriums (bes. bei H. des rechten Ventrikels), auch Flimmern u. Wogen dasselbst. Verbreiterung der Herzdämpfung nach links (bei H. des l., aber auch Dilatation des r. Ventrikels) bzw. nach rechts (bes. bei H. des r. Vorhofs) oder nach beiden Seiten. Verstärkung des 2. Aorten- bzw. Pulmonaltons, der (bes. bei Arteriosklerose) ev. klingend wird; zuweilen auch diastolischer Schlag über den Klappen fühlbar. Systolische Geräusche über dem unteren Sternum u. der Herzspitze. **Folgen** u. **Komplik.:** Drucksklerose u. Atrophie der Herzklappen u. Papillarmuskeln, Herzaneurysmen u. -Schwielen, Erweiterung des Aortenbogens u. der Arterien, Aneurysmen (bes. auch der Hirnarterien), Lungenretraktion (bes. hinten unten), Lungenblähung, Bronchialkatarrhe, Albuminurie usw. **Diff.-Diagnose:** Bei stärkerer Herzvergrösserung liegt stets Dilatation, ev. in Verbindung mit Hypertrophie, vor. Bei nervösem Herzleiden schnellere Pulszahl, die in der Ruhe abnimmt, keine Verstärkung der zweiten

Arterientöne, kein hebender Spitzenstoss (cf. S. 231). **Prognose:** Abhängig vom Grundleiden. Bei geeigneter Lebensführung u. leichten Formen im allgemeinen nicht schlecht; sonst über kurz oder lang Übergang in absolute Dilatation unausbleiblich. **Therapie:** Da H. Kompensationsvorgang, nur vernünftige Lebensweise, Vermeidung aller Schädlichkeiten (s. o.), im übrigen symptomatisch (cf. Herzklopfen). Jedenfalls kein Digitalis!

**Dilatation, passive. Ätiol.:** Dieselben Schädlichkeiten wie bei Hypertrophie, wenn sie ein bereits geschwächtes Herz treffen. Akute D. siehe Herzüberanstrengung. **Sympt.:** Oft starke Herzscherzen, Hustenparoxysmen, kleiner, wenig gespannter Puls. Abnahme des Spitzenstosses, Verbreiterung des Herzstosses, schliesslich unregelmässiges Wogen der Herzgegend, Vergrösserung der Herzdämpfung, Herztöne leise, an der Spitze zuweilen gespalten. Relative Tricuspidalinsuffizienz (zuweilen nur vorübergehend). Schliesslich Stauungserscheinungen u. a. Zeichen chron. Herzinsuffizienz\*. **Diff.-Diagnose:** Bei aktiver Dilatation Spitzenstoss stärker. Schwierig zuweilen gegenüber Mediastinaltumoren, Herzbeutel- u. abgesackten Pleuraergüssen, Lungenretraktion, Fettleibigkeit (Verlauf! Röntgenbild! ev. Probepunktion!). Bei D. oft Besserung durch Bett-ruhe u. Digitalis (allerdings manchmal auch bei Hydroperikard). **Prognose:** Abhängig vom Grundleiden; stets ernst. **Therapie:** Unbedingte Ruhe, am besten im Bett. Digitalis usw. (cf. chronische Herzinsuffizienz).  
Guttmann.

**Herzklappenfehler.** Angeborene oder erworbene Veränderungen der Klappen, welche die normale Ventilwirkung stören. Bei Insuffizienz schliesst die Klappe nicht, wenn sie soll; bei Stenose öffnet sie sich nicht, wenn sie soll. Die dabei auftretenden Strömungsfehler werden ausgeglichen durch vermehrte Arbeit, später Hypertrophie (ev. mit Dilatation) der stromaufwärts gelegenen Herzabschnitte. So lange in dieser Weise die Folgen der Klappenveränderungen sich beseitigen lassen, ist der Herzfehler kompensiert. Genügt dagegen die Herzkraft nicht mehr dazu (Vergrösserung des Defekts, Verminderung der Herzkraft), so entsteht Dekompensation. — Klappen-Insuffizienzen sind entweder endokarditisch oder relativ (Erweiterung des Ostiums bei normalen Klappen, z. B. infolge starker Dilatation des gesamten Herzabschnitts) bzw. muskulär (Stellung der Klappen [durch die Papillarmuskeln] u. Contraction der Ostien mangelhaft) z. B. infolge von Myokarditis; meist verschiedene Formen kombiniert. — Angeborene Vitien betreffen vorwiegend rechtes, erworbene linkes Herz. Erworbene Klappenfehler in der Reihenfolge der Häufigkeit: Mitralinsuffizienz, Aorteninsuffizienz, Aortenstenose, Mitralstenose; nur in Kombination mit anderen die Tricuspidalin-

suffizienz. **Ätiol.:** Akute, seltener chronische Endokarditis; bei Aortenvitien bes. auch Arteriosklerose, Lues; in einzelnen Fällen Ätiologie unbekannt. Relative und muskuläre Insuffizienz s. o. **Sympt.:** Allgemeine: Neigung zu Herzklopfen u. Kurzatmigkeit bei Anstrengungen; Stechen in der Herzgegend. Spezielle Fälle:

**Mitralinsuffizienz.** Systolisches Geräusch (mit oder ohne Ton) an der Spitze, zur Basis u. linkem Herzohr fortgeleitet. Dilatation des linken Ventrikels u. Vorhofs (letzterer auch hypertrophisch): Geringe Verbreiterung nach links, hebender Spitzenstoss; im Röntgenbild verstrichene Herztaille. Bei beginnender Insuffizienz des linken Vorhofs Hypertrophie des rechten Ventrikels. Erhöhung des Lungendrucks, Verstärkung des 2. Pulmonaltons. Verbreiterung nach rechts nur bei Insuffizienz u. Dilatation der rechten Kammer. Bei Dekompensation ferner Stauungskatarrh (Herzfehlerzellen im Sputum), Dyspnoe, Cyanose. Puls der kompensierten Mitralinsuffizienz uncharakteristisch. **Diff.-Diagnose:** Im Beginn schwierig gegenüber akzidentellen Geräuschen u. muskulärer bzw. relativer Insuffizienz. Wichtig Hypertrophie (Spitzenstoss!), Anamnese (Endokarditis!), Gesamtbild.

**Mitralstenose.** Selten allein, meist gleichzeitig mit Insuffizienz. Diastolisches bzw. präsysolisches Geräusch an der Herzspitze, wenig fortgeleitet; 2. Ton verdeckt oder hörbar. 1. Ton an der Spitze häufig klappend, laut. Manchmal statt Geräusch nur gespaltener 2. Ton oder, selten, normaler Befund. Hypertrophie der rechten Kammer: Starke Pulsation einwärts vom Spitzenstoss; im Röntgenbild Herztaille völlig fehlend, häufig Ausbuchtungen. Diastolisches Schwirren an der Herzspitze; Akzentuation des 2. Pulmonaltones; Stauungskatarrh. Bei beginnender Dekompensation Stauungsdilatation des rechten Ventrikels, Verbreiterung nach rechts, Cyanose. Puls meist klein, weich, häufig unregelmässig.

**Aorteninsuffizienz.** Dilatation u. Hypertrophie des linken Ventrikels, Spitzenstoss nach links u. unten verlagert, hebend, verbreitert. Giessendes diastolisches Geräusch über dem Aortenostium, nach der Spitze zu u. dem Sternum entlang abwärts fortgeleitet. 2. Ton häufig leise oder fehlend; bei Klappensklerose meist verstärkt. Nicht selten systolisches Geräusch über Aorta, auch ohne Stenose; gelegentlich präsysolisches Geräusch (Flint). Pulsus frequens, celer et altus. Sichtbares Pulsieren kleiner Arterien; pulsatorisches Nachröten geriebener Hautstellen. Leberkapillarpuls. Pulsieren der Gaumenbögen (F. Müller) etc. Tönen herzentfernter Arterien. Doppelton an der Cruralis (Traube); bei Kompression mit Stethoskop Doppelgeräusch (Durosiez). Die Patienten sind blass, neigen zu Ohnmachten; viel Herzklopfen; frühe Arteriosklerose.

**Aortenstenose.** Selten rein, meist mit -Insuffizienz kombiniert. Hypertrophie, später Dilatation der linken Kammer. Verbreiterung nach links, hebender Spitzenstoss. Rauhes systolisches Geräusch über Aorta, in die Halsgefäße fortgeleitet. Systolisches Schwirren über der Aorta. Pulsus parvus, tardus, rarus.

**Tricuspidalinsuffizienz.** Selten endokarditisch, meist relativ bei Stauungsdilatation des rechten Ventrikels; starke Verbreiterung nach rechts, systolisches Geräusch am unteren Sternumrand, positiver Venenpuls.

**Tricuspidalstenose.** Meist gemeinsam mit Insuffizienz. Diastolisches Geräusch; erhöhte Vorhofzacke im Phlebogramm.

**Kombinierte Klappenfehler.** Häufig mehrere Vitien kombiniert, speziell Mitralinsuffizienz u. -Stenose, Aorteninsuffizienz u. -Stenose, Aorteninsuffizienz u. Mitralinsuffizienz. (Cf. Herzfehler, angeborene.)

**Therapie** der Herzklappenfehler: Im Kompensationsstadium Regelung der Lebensweise: Mässige Ernährung, Verbot von Exzessen in Baccho et Venere, Sorge für Stuhlgang. Körperliche Leistungen der jeweiligen Herzkraft anzupassen; womöglich stets vorsichtige Übung; ev. durch CO<sub>2</sub>- und Wechselstrom-Bäder. Entsprechende Berufswahl. — Behandlung der der Endokarditis zugrunde liegenden Krankheit (z. B. Gelenkrheumatismusrezidive!). Im Dekompensationsstadium wie bei chron. Herzmuskelsinsuffizienz.

Beuttenmüller.

**Herzklopfen. Ätiol.:** Alle Einflüsse, die Vermehrung der Pulszahl u. -stärke bzw. Arrhythmie u. erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems (in toto oder nur des Herzens) bedingen, also ganz wie bei Herzneurosen\*. Aber auch schwere organische Erkrankungen des Herzens, bes. solche, die zu Hypertrophie führen. **Sympt.:** Zuweilen nur subjektive Beschwerden, Herzbefund ganz regelrecht. Andere Male Zeichen verstärkter Herzaktion, ev. systolisches Geräusche, metallischer Nachhall beim 1. Ton, Pulsieren der Gefässe, turgeszentes Gesicht. Aber auch Zeichen von Herzschwäche, kleiner aussetzender Puls, Blässe, Kollaps. Bei anfallsweisem H. ev. hochgradiges Oppressionsgefühl u. Atemnot („Pseudoangina pectoris“). **Diff.-Diagnose:** Wichtig Feststellung, ob organische Herzkrankheiten alleinige Ursache oder beteiligt sind (cf. S. 232). Bei jugendlichen Individuen denke man zunächst an Exzesse in baccho et venere, Nicotin, Chlorose, Nephritis, Examina usw., bei älteren an organische Herzleiden, Schrumpfnieren, Klimakterium usw. **Prognose:** Abhängig vom Grundleiden. **Therapie:** Bei den nervösen Formen Beruhigung des Patienten (S. 232); Belehrung, dass bei gewissen Lagen, beim Anlehnen an feste Gegenstände Herzaktion schon normalerweise fühlbar u. bei Selbstbeobach-

tung infolge Atempause leicht unregelmässig wird. Hygienische Lebensweise (cf. Herzneurosen). Behandlung des Grundleidens (Chlorose\*, Klimakterium\*, Neurasthenie\*, Plethora\* usw.). Palliativ: Applikation von Kälte (Eisbeutel, Kühlschlauch, Ätherverdunstung) bzw. von Wärme auf die Herzgegend, Derivatien (Senfteige, heisse Hand- u. Fussbäder). Cocain (Rp. 1, 0,01—0,03), Äther ( $\frac{1}{2}$ —1 Teelöffel), Tinct. Valerian. aether. (20—30 Tr.) oder andere Baldrianpräparate (Rp. 148 ff.). Auch Brom, Amylnitrit, Nitroglycerin (Rp. 56, 58, 59). Guttman.

**Herz(muskel)insuffizienz, akute** (Kollaps). a) **Akute Herzkreislaufschwäche.** *Ätiol.:* Bei u. nach Infektionskrankheiten (z. B. Pneumonie, Typhus usw.), oft durch Myokarditis\* bedingt, Überanstrengungen (cf. S. 232), inneren Blutungen\*, Vergiftungen usw. *Sympt.:* Oppression, Atemnot, Herzangst. Objektiv: Stark beschleunigter, kleiner, oft irregulärer Puls, kühle Extremitäten, verfallenes Aussehen; meist Blässe, seltener Cyanose; ev. Fieberabfall, subnormale Temperaturen. Am Herzen manchmal Dilatationen, leise systolische Geräusche; Blutdruck erniedrigt. Falls nicht Besserung bei entsprechender Therapie, weitere Zunahme der Pulszahl, Erlöschen der Herztätigkeit, häufig unter den Erscheinungen des Lungenoedems\*. *Prognose:* Stets sehr ernst. *Therapie:* Strengste Ruhe, flache Lagerung. Starker Kaffee; Alkoholica (Portwein, Kognak usw., Sekt). Kampfer (Rp. 83, 2—4 Spritzen), Coffein (Rp. 55). Digalen intramuskulär oder intravenös (Rp. 51), Strophanthin intravenös (Rp. 53). Bei stärksten Vasomotoren-Kollapsen Infektionskranker („Verblutung in das Splanchnicusgebiet“) häufig lebensrettend intravenöse Injektion von  $\frac{1}{2}$  bis 1 ccm 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> Adrenalinlösung, am besten mit einigen ccm steriler physiol. Kochsalzlösung verdünnt (erzeugt plötzlich Krampfgefühl in der Herzgegend, für einige Momente schneeweisse Farbe, danach Besserung; bis zu 4—6 mal pro Tag). Daneben Hautreize (Senfpapier, Senf-Hand- und -Fussbäder; bei Kindern Senfbäder, -Packungen s. S. 79). Bei Herzschwäche mit Cyanose ev. Aderlass (150—300 cm).

b) **Plötzliches irreparables Versagen der Herzkraft** (Mors subita) finden wir bei Coronarsklerose u. -Embolie, Fettherz, Myokarditis; durch Lungenembolie nach Operationen, bei Phlebitiden; Fett- u. Luftembolien; Diphtherietod; Thymustod bei Kindern; seltener bei heftigen Gemütsbewegungen. *Sympt.:* Plötzliches heftiges Oppressionsgefühl, Atemnot, Erblassen, Hin- stürzen; Sistieren der Herztätigkeit in wenigen Sekunden bis Minuten. *Therapie:* Meist zu spät, machtlos; bei Lungenembolie ev. Versuch der Trendelenburgschen Operation. Sonst Analeptica, s. o.; ev. Wiederbelebungsversuche (künstliche Atmung usw.). Beuttenmüller.

**Herz(muskel)insuffizienz, chronische. Ätiol.:** Schädigung des Herzmuskels 1. durch primäre Erkrankungen des Muskels oder der ihn versorgenden Gefässe (Myokarditis\*, Coronarsklerose\*), ferner auch Schwächung durch allgemeine Ernährungsstörungen; oder 2. durch primäre Steigerung der Ansprüche: sog. Fettherz\*, allgemeine Arteriosklerose\*, körperliche Überanstrengung (S. 232) (meist für ein vorher schwaches Herz); Mangel an Übung (Rekonvaleszenten!); nervöse Funktionssteigerung (Basedow\*, thyreotoxisches Kropfherz, Masturbantengerz), Bierherz, interstitielle Nephritis\*, Erschwerung des kleinen Kreislaufs (Emphysem\*, ausgedehnte Schrumpfungsprozesse der Lungen, mechanisches Kropfherz, Kyphoskoliose\*). Bei den Ursachen unter 2. häufig zunächst Herzhypertrophie\* u. erst sekundär Insuffizienz. Vielfach dagegen (bei Fettherz, Überanstrengung) von vornherein Insuffizienzerscheinungen. Die Kompensationsstörungen bei Klappenfehlern kommen zustande durch eine hinzutretende schwere Herzmuskelinsuffizienz, bedingt entweder durch eine chronische Erkrankung des Muskels, oder, seltener, durch ein Versagen des normalen Muskels gegenüber einer zunehmenden Störung der Klappenfunktion. **Sympt.:** Allgemeine: Im Beginn Klagen über Herzklopfen, Druck in der Herzgegend, nicht selten auch Herzschmerzen oder eigentliche Angina pectoris resp. Asthma cardiale; leicht Dyspnoe bei Anstrengungen, Schwindel, Kopfschmerzen. Objektiv: meist leichte Verbreiterung des Herzens nach links, seltener nach rechts; öfters auch noch normale Grenzen. Häufig leises systolisches Geräusch; bei muskulärer Mitralinsuffizienz akzentuierter 2. Pulmonalton. Puls weich, manchmal unregelmässig; bei geringer Anstrengung stark beschleunigt, für gewöhnlich von normaler Frequenz. Leber leicht vergrössert, meist schmerzhaft. Oft schon leichte Oedeme der Knöchel bes. abends; Urinmenge vermindert. Nicht selten Bronchitis, speziell in den Unterlappen. Allgemeine Mattigkeit. — Nach kürzerer oder längerer Zeit Übergang in komplette Herzinsuffizienz; manchmal plötzlich unter dem Einfluss irgend einer Schädlichkeit (Überanstrengung, Infektionskrankheit, Ernährungsstörungen usw.), häufiger jedoch allmählich. Bei ausgeprägter Herzkreislaufschwäche totale Leistungsunfähigkeit; schwere Dyspnoe auch in der Ruhe; heftigste Oppression; völlige Appetitlosigkeit. Objektiv: Cyanose oder auch Blässe. Verbreiterung des Herzens nach rechts u. links, meist muskuläre Mitralinsuffizienz, häufig auch Schlussunfähigkeit der Tricuspidalis. Puls sehr weich, häufig beschleunigt, seltener verlangsamt; oft extrasystolische Arrhythmien oder Pulsus irregularis perpetuus. Ausgesprochene Stauungsleber; nicht selten Ikterus. Urinmenge sehr gering; häufig Stauungsalbuminurie. Oedeme an den Beinen, Ascites, Hydrothorax, Hydroperikard.



Nicht selten Embolien. **Verlauf:** Bei entsprechend durchgeführter Therapie Rückgang der bedrohlichen Erscheinungen möglich; in diesem Falle wieder beschränkte Leistungsfähigkeit. Über kurz oder lang Rückfälle. In diesen oder an interkurrierender Krankheit Tod. **Prognose:** Je nach Grundkrankheit; im Initialstadium manchmal Heilung. Bei ausgesprochener Herzinsuffizienz quoad sanationem absolut infaust; Krankheitsdauer verschieden, stark von äusseren Verhältnissen abhängig. **Diff.-Diagnose** s. die einzelnen Formen, ferner Herzneurosen\* u. Herzklappenfehler\*. **Therapie:** Im Initialstadium bzw. bei kompensierten Klappenfehlern Regelung der Lebensweise: Verhütung von Überanstrengung bei gleichzeitiger Übung der Herzkraft (Gymnastik, ebenes Gehen, Reiten; alles individualisierend zugemessen; Sport jeder Art verboten). Ernährung gut, ja nicht zu reichlich; Alkohol, Kaffee, Tee in geringer Menge u. Konzentration ev. erlaubt. Sorge für Stuhlgang (cf. Obstipation). Auch CO<sub>2</sub>-Bäder u. Wechselstrombäder vorteilhaft. Bei Dekompensation resp. schwerer Insuffizienz strenge Bettruhe ohne jede Tätigkeit; Beseitigung der auslösenden Schädlichkeiten. Nahrung leicht verdaulich, in kleinen Portionen. Für gewöhnlich keine oder geringe, bei Hydropsien stärkere Flüssigkeitsbeschränkung (cf. Hydrops). **Medikamente:** Folia Digitalis (am besten titriertes Präparat!) als Rp. 47 oder als Pulver à 0,1, 5 × tgl. 1 Plv., resp. Pillen à 0,05, 3 × tgl. 1 bis 2 Stück. Für eine Kur insgesamt 1,0—2,0 in 3—5 Tagen zu verbrauchen, dann 14 Tage kein Digitalispräparat (Kumulation! cf. Digitalisvergiftung). Manchmal sofort Magensymptome; dann Versuch per Klyisma (Rp. 48) oder Ersatzpräparat, z. B. Digitalysatum (Rp. 49), Digipuratum (Rp. 50; vorzüglich!), Digalen per os (Rp. 5); Dialysé Digitalis Golaz, 3 × tgl. 15 bis 20 Tropfen. Bei chronischem Gebrauch von Digitalispräparaten nimmt man die angegebene einmalige Dose als höchste Gesamttagesdosis. Ferner Tinct. Strophanthi (Rp. 52 oder Rp. Tinct. Strophanthi 10,0, Tinct. Chinae comp. 20,0; 3 × tgl. 20—25 Tropfen); speziell bei Intoleranz gegen Digitalis oder, in kleinen Dosen, zum chronischen Gebrauche geeignet. Ferner mit speziell diuretischer Wirkung: Coffein und Theobromin (Rp. 54, 67). **Physikalische Therapie:** Eisblase oder Kühlschlauch aufs Herz; Teilwaschungen, -Abreibungen, milde Halbbäder. CO<sub>2</sub>-Bäder erst, wenn die schwersten Symptome durch Digitalis u. Ruhe beseitigt; Beginn mit indifferenten kurzen Bädern, allmähliches Ansteigen zu kühlen Bädern von längerer Dauer. Contraindiziert bei schwerer Arteriosklerose, Aneurysma, starker Nephritis. Günstig auch Wechselstrombäder. Körperliche Bewegung ganz allmählich u. schonend (passive Gymnastik) zu beginnen; später

systematische Übung der Herzkraft. Cf. Hydrops, akute Herzmuskelinsuffizienz. Bei Herzklopfen\* Brom-, Valerianapräparate. Bei nervösen Funktionssteigerungen (anfallsweise oder konstante Pulsbeschleunigung; Herzhypertrophie u. -Dilatation) Beseitigung der Schädlichkeiten (Onanie!; ev. Operation von Basedowstrumen); Heilung möglich. — Bei Erschwerung des kleinen Kreislaufs (zunächst Hypertrophie, dann Dilatation des r. Ventrikels) Beseitigung komplizierender Katarrhe, Exstirpation ev. Strumen. — Bei Bierherz in den ersten Stadien Biergenuss gänzlich zu verbieten, bei vorgeschrittener Insuffizienz möglichst einzuschränken. — Betr. Behandlung anderer spezieller Formen chron. Herzmuskelinsuffizienz siehe Artikel Myokarditis, Fett-herz, Herzhypertrophie, Herzüberanstrengung, Herzklappenfehler, Herzsypilis, Arteriosklerose, Coronarsklerose, Nephritis interstitialis.

Beutenmüller.

**Herzneurosen.** Sensible und motorische Störungen im kardiovasculären System, für die eine organische Grundlage am Herzen nicht nachweisbar ist. Cf. Artikel Angina pectoris, Tachykardie, Herzklopfen.

**Nervöse Herzschwäche.** *Ätiol.:* Neuropathische Disposition; erworbene Neurasthenie u. Hysterie; körperliche u. geistige Überanstrengung; länger dauernde Affekte; Schlaflosigkeit; sexuelle Schädlichkeiten (Exzesse, Onanie, Coitus interruptus usw.). Pubertät (Chlorose!), Gravidität, Entbindung, Klimakterium. Rekonvaleszenz nach schweren fieberhaften Erkrankungen. Missbrauch von Tabak, Tee, Kaffee. *Sympt.:* Hauptsächlich subjektiv; anfallsweises Herzklopfen, Herzangst (Druck bis Schmerz). Arterienklopfen, kühle Extremitäten; Schwindelgefühl; Tachypnoe. Absterben der Finger u. Zehen, Akroparästhesien (gewöhnlich doppelseitig). Dauer der Anfälle Sekunden bis Minuten. Häufigkeit stark wechselnd. Auslösung durch Aufregungen u. andere Momente launischster Art. Objektiv: Normaler Befund, namentlich in der anfallsfreien Zeit; oder Pulsbeschleunigung, 90—140; Labilität des Pulses bei körperlichen u. psychischen Einflüssen. Seltener Bradykardie. Häufig Intermittieren infolge einzelner Extrasystolen oder respiratorische Arrhythmie. Herz manchmal abnorm beweglich (Cor pendulum); keine Hypertrophie oder Dilatation! (ausgenommen Masturbanten-Herz). Manchmal systolische Geräusche. Hyperästhesie der Herzgegend. Meteorismus (Erleichterung durch Ructus). *Komplik.:* Nicht selten frühzeitige Arteriosklerose.

2. **Reflexneurosen.** Z. T. schon im Vorstehenden enthalten. Im Anschluss an Verdauungsstörungen (Obstipation, Magen- u. Darmkatarrh), Veränderungen an den Genitalien, Erkrankungen der Nasenschleimhaut usw. vorübergehende Störungen der Herz-

aktion (Herzklopfen, Tachykardie, Bradykardie, respiratorische Arrhythmie, Intermittenzen), sowie Schwindel, Ohnmachten, Kopfkongestionen. Nach Beseitigung der Ursache Verschwinden.

**Diff.-Diagnose** der Herzneurosen: Nur nach sicherem Ausschluss jeder organischen Erkrankung (bes. beginnende Myokarditis, Coronarsklerose, Lungenspitzenkatarrh) zu diagnostizieren! Vorsicht, da neurasthenische Beschwerden auch bei organischen Herzleiden u. letztere auch im Anschluss an Herzneurosen entstehen können. Wichtig Ätiologie, anderweitige nervöse Symptome, doppelseitige Parästhesien (bei wahrer Angina pectoris bes. links); Einfluss von Körperanstrengungen stark wechselnd; flache nicht angestrenzte Atmung; auch nach längerer Dauer keine Stauungserscheinungen (cf. Angina pectoris, Herzüberanstrengung). **Therapie**: Mitteilung der Diagnose; Versicherung, dass Herz normal; Regelung des Stuhlgangs; Beseitigung sonstiger Schädlichkeiten (Überarbeitung, sexuelle Momente, Missbrauch von Nicotin, Kaffee usw.). Ruhe, ev. Freiluftliegekur (Sanatorium!); Sorge für Schlaf. Später allmählich Übungen (Gymnastik, Marschieren). Luftbäder; Hydrotherapie (anfangs beruhigende, später erregende Prozeduren; cavé rigorose Kaltwasserkur!). Wechselstrom-, Vierzellenbäder. Medikamentös: Arsen (Rp. 21 ff.), Chinin (ev. beide kombiniert); Brom (139 ff.), Valeriana (Tee, Tinct.) u. Ersatzpräparate: Validol, Valyl, Bornyval, Valisan, Bromvalidol usw. (Rp. 148 ff.). Im Anfall: Eisbeutel oder heisse Kompressen auf Herzgegend; heisse Handbäder. Spiritus aethereus. Mit Alcoholicis Vorsicht (Alkoholismus!). Cf. Neurasthenie, Herzklopfen.

Beuttenmüller.

**Herzsyphilis.** Interstitielle Myokarditis oder Herzgumma. Stets tertiär, resp. kongenital. **Sympt.**: Chronische Herzmuskelinsuffizienz; bei Beteiligung des Endokards u. der Gefäße Klappenfehler resp. Angina pectoris. Gummien manchmal Ursache von Überleitungsstörungen. (Cf. Adams-Stokessches Syndrom).

**Diff.-Diagnose**: Schwierig; nur bei gleichzeitigen anderweitigen spezifischen Veränderungen mit einiger Wahrscheinlichkeit möglich. **Therapie**: Antiluetisch.

Beuttenmüller.

**Herzüberanstrengung.** **Ätiol.**: Grosse, bes. plötzliche, Anforderungen (forcierter Sport, Märsche, Kriegsstrapazen, Gemütererregungen, Exzesse, Traumen der Herzgegend) an einen von vornherein schwachen bzw. nicht trainierten oder (durch frühere Infektionen, Intoxikationen usw.) geschwächten Herzmuskel. Eintritt entweder nach einmaliger abnorm starker Beanspruchung oder nach langdauernden Anstrengungen durch Gelegenheitsursache ausgelöst. **Sympt.**: Als Vorboten schon bei leichteren Anstrengungen stürmische Herzaktion, Blässe

oder leichte Cyanose, Ohnmachtsanwandlungen, Dyspnoe. Bei ausgeprägter Erkrankung heftige Herzschmerzen, akute Dilatation (nur bei höheren Graden!), Missverhältnis zwischen starker Herztätigkeit und kleinem weichem Puls. Im übrigen wie bei akuter Herzinsuffizienz, von der ja H. nur eine praktisch bes. wichtige Form. **Diff.-Diagnose:** Bei ausgeprägtem Krankheitsbilde leicht. Im Vorstadium gegenüber nervösen Herzbeschwerden schon nach mässigen Anstrengungen stärkere u. in der Ruhe anhaltende Pulsbeschleunigung, Dyspnoe, Wogen der Gefässe, Herzklopfen, Herzschmerzen, Flimmern vor den Augen, auffallende Verstärkung oder Abschwächung des 2. Aorten- bzw. Pulmonaltons, Fehlen sonstiger nervöser Erscheinungen. Cf. Herzneurosen. **Prognose:** Restitutio ad integrum nach Wochen bis Monaten möglich. In schweren Fällen kann Exitus eintreten (selten!). Mitunter bleibt längere Zeit (ev. dauernd) Herzschwäche u. Neigung zu Rezidiven zurück. **Therapie:** Grösste Ruhe. Längere Zeit Vermeiden jeder Anstrengung. In der Rekonvaleszenz CO<sub>2</sub>-Bäder. Im übrigen wie bei akuter Herzinsuffizienz. Vgl. auch Hitzschlag. Guttman.

**Heuschnupfen** (Heufieber). Fast ausschliesslich bei Angehörigen der gebildeten Klasse, bes. in England u. Nordamerika vertreten. **Ätiol.:** Reizung der Nasenschleimhaut bei dazu Disponierten durch eingeatmete Pollen blühender Gräser, die sog. Pollentoxin enthalten; daher zur Zeit der Grasblüte auftretend, Ende Mai bis Mitte Juni (Frühjahrs- auch Sommerkatarrh). Ausserdem auch der seltenere Herbstkatarrh, vorwiegend in Amerika, verursacht durch *Ambrosia artemisifolia* u. *Solidagoarten* (Goldrute). **Sympt.:** Nach Brennen, Jucken, Kitzeln in der Nase starke, wiederholte (bis zu 100 mal) Niesanfänge nebst Absonderung dünner wässriger Flüssigkeit, deren Menge je nach Anfallstärke schwankend. Gleichzeitig Nasenverstopfung, Rötung u. Schwellung der Conjunctiven, Lidoedem, Tränenträufeln, Lichtscheu u. -Schmerz. Kitzel im Halse u. Kehlkopf, Trockenheit, Hustenreiz. In stark ausgeprägten Anfällen asthmatische Erscheinungen, sog. Heuasthma, infolge von Reflexwirkung; vgl. *Asthma nervosum* u. *Rhinitis vasomotoria*. Dabei Mattigkeit, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit. **Diff.-Diagnose:** *Rhinitis vasomotoria* u. *Asthma nervosum* anderer Ursache (Blumenduft, Eisenbahnstaub, Fischgeruch usw.); idiopathische *Rhinitis* u. *Asthma bronchiale*. Indes wegen der charakteristischen Anfälle u. der typischen Jahreszeit Irrtümer kaum möglich. Andernfalls spezifische Toxinreaktion der Heufieberkranken duserch fortige Reizung u. Rötung der Conjunctiva nach Eintröpfeln oder Einpulvern von Pollantin oder Graminol (s. u.) in dieselbe. **Therapie:** Am besten Prophylaxe. Aufsuchen von Gegenden, wo keine Heublüte, wie Helgoland,

welches frei von Graswuchs, oder südlichere Ortschaften, wo Blütezeit schon gewesen, oder Gebirgsaufenthalt, wo sie später eintritt, dann aber rechtzeitig in wieder höhere Orte entfliehen bis über die Vegetationsgrenze, Rückkehr erst, wenn in allen Höhen die Gräser abgeblüht. Seereisen. Sonst möglichst im kühlen geschützten Zimmer bleiben, mit geschlossenen Fenstern. Bei Ausgängen Verschliessen der Nasenlöcher durch Wattestückchen gegen Einatmung der Pollen; Vermeidung blühender Wiesen usw. Augenschutz durch gefärbte Brillen. Einführung von Pollantin oder Graminol (aus Pollen durch Pferdeimpfung gewonnene Specifica) in Nase u. Coniunctivalsäcke, am besten als Pulver in wiederholten kleinen Dosen. Wirkung nicht sicher, immerhin mehrfach zur Erleichterung beitragend. In anfallsfreier Zeit (aber nur in dieser, nie während der Anfälle wegen stärkster Reaktion) Operation oder sonstige Behandlung etwa vorhandener Nasenaffektionen, namentlich wenn sie die freie Atmung behindern, also Schleimhaut- resp. Muschelschwellungen, Knochenvorsprünge, Verbiegungen der Scheidewand, Polypen usw. Nasenschleimhaut gewöhnlich auch ausserhalb der Anfallsperiode stark empfindlich.

Max Senator.

**Hinterscheitelbeineinstellung.** Pfeilnaht verläuft nahe der Symphyse, hinteres Scheitelbein liegt in grösster Ausdehnung vor, ev. ist hinteres Ohr zu fühlen. *Ätiol.:* Gewöhnlich enges Becken, doch auch bei normalen Becken vorkommend; in letzterem Falle pflegt sich die abnorme Stellung spontan zu korrigieren. *Verlauf:* Spontankorrektion: Pfeilnaht entfernt sich von Symphyse, Kopf tritt ein. Spontanmechanismus: Hinteres Scheitelbein senkt sich ins Becken, vorderes schiebt sich unter, damit tritt Kopf tiefer; ist sehr selten. Gewöhnlich bei engem Becken u. H. Geburtsunmöglichkeit. *Therapie:* Ausführung der prophylaktischen Wendung bei geringgradigem, beckenerweiternde Operation oder Kaiserschnitt bei höhergradigem engen\* Becken; Perforation des Kindes nur bei sicherem Tode desselben. Gefahr der H.: Uterusruptur in der Hinterwand des Uterus.

Fromme.

**Hirschsprungische Krankheit.** Angeborene Dilatation u. Hypertrophie des Dickdarms von der Flexur bis zum Coecum. *Ätiol.:* Wahrscheinlich Lageveränderung der Flexur sigmoid., wodurch Abknickung des Colon gegen das Rectum zustande kommt. *Sympt.:* Mangelnde Stuhlentleerung u. fehlender Abgang von Winden bei normalem After. Starker Meteorismus unter Sichtbarwerden geblähter Dickdarmschlingen. Erbrechen, Abmagerung, Apathie, Somnolenz, Konvulsionen. *Therapie:* Entleerung von Stuhl u. Gasen durch hohe Eingiessungen od. Einführen eines dicken Nelatons in 7—8 cm Höhe vom After.

Tägliches Wiederholen dieser Prozedur ev. Versuch mit Dauerdarmrohr. **Prognose:** Meist ungünstig. Hasenknopf.

**Chirurg. Therapie:** Einzig radikale: Resektion der dilatierten hypertrophischen Schlinge; in ca. 20 Fällen erfolgreich gewesen. Anastomose zwischen den Fusspunkten der Darm-schlinge, sowie Colotomie u. Anus praeternaturalis bei Ileus-symptomen als Palliativoperation fallweise in Betracht zu ziehen. Kaposi.

**Hitzschlag.** Bes. bei Soldaten auf Märschen, Feldarbeitern, Schiffsheizern usw. **Ätiol. u. Pathogenese:** Wärmestauung im Körper 1. infolge erhöhter Wärmebildung (bes. durch Muskelarbeit bei warmer Luft; bei direkter Einwirkung von Sonnenstrahlen auf entblößten Kopf u. Nacken entsteht „Sonnenstich“ im engeren Sinne) u. 2. durch verminderte Wärmeabgabe (höhere Aussentemperatur verhindert Wärmeabgabe durch Leitung u. Strahlung, „schwüle“, d. i. warme feuchte Luft hemmt Schweißverdunstung). Begünstigend wirken unzweckmässige (zu enge, zu warme usw.) Kleidung, alle den Körper schwächende Momente (Exzesse, Alkohol, ungenügender Schlaf usw.) bes. auch Krankheiten der Atmungs- u. Zirkulationsorgane, Fettleibigkeit, ungenügendes Training. Die meisten Symptome bedingt durch Herzinsuffizienz (allgemeiner u. lokaler O-Mangel, ungenügende Zirkulation in Haut, Nieren, Gehirn usw.) u. Veränderung der Blutbeschaffenheit (Verarmung an NaCl u. H<sub>2</sub>O durch übermässiges Schwitzen, Bildung von Milchsäure, Resorption bzw. Retention von Harnbestandteilen [Urämie bzw. Autointoxikation], Auflösung von Erythrocyten [Hämoglobinämie]). **Sympt.:** Als Vorboten hochrotes Gesicht, allgemeine Schwäche, eingenommener Kopf, Schwindel, Taumeln, Unfähigkeit weiter zu marschieren („Marschohnmacht“, „Schlappwerden“). Beim eigentlichen H. nach Hiller 3 Formen zu unterscheiden: Bei der asphyktischen Form Haut trocken u. heiss (bei schwüler Luft aber feucht, s. o.); ausgesprochene akute Herzinsuffizienz\* bzw. -Überanstrengung\*; stockende Atmung, ev. Cheyne-Stokes; hohe Körpertemperatur; Gesicht blass bzw. cyanotisch; Bewusstlosigkeit. Bei der paralytischen oder dyskrasischen Form Herz- u. Atmungs-lähmung, Koma (O-Mangel bzw. Autointoxikation), intermittierende tonische u. klonische Krämpfe; Erbrechen u. Durchfall, Secessus involuntarii; Anurie (bes. in den Tropen). Meist Exitus. Bei der psychopathischen Form im Vordergrund transitorische (Erschöpfungs-) Psychosen, bes. Verfolgungswahn, Selbstmordversuche, tobsüchtige Erregungszustände usw. — Vielfach Übergänge u. Mischformen. Zuweilen Spätformen (erst nach dem Marsche beginnend). **Verlauf u. Prognose:** In leichteren Fällen innerhalb einiger Stunden Erholung, in 1

bis 3 Wochen allmähliche Genesung. In schweren Fällen, bes. bei erloschenen Reflexen, oft Exitus. Dieser kann auch noch nach vorübergehender Besserung durch Kollaps bzw. Lungenoedem eintreten. Als Nachkrankheiten bes. Psychosen, Neurosen, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Herz-, Lungen-, Nierenkrankheiten. **Therapie:** Prophylaktisch Vermeidung begünstigender Momente (s. o.). In leichteren Fällen Ruhe an möglichst luftigem Ort, mit leicht erhöhtem, bei Gehirnanämie (blasses Gesicht!), aber horizontalem Oberkörper; Lösung beengender Kleider, Laben mit Wasser, Besprengen mit Wasser bzw. kühle Kompressen auf Kopf u. Brust, Luftzufächeln. Bei Asphyxie künstliche Atmung, ev. stundenlang! Injektion von Kampfer bzw. Coffein (Rp. 83, 55). Innerl. Aether sulfur, Tinct. Strophanthi (oder Digitalis)  $\mathfrak{a}$ . Ferner Infusion von physiol. NaCl-Lösung (oder nach Hiller von Natr. chlorat. 6,0, Natr. carbon. 3,0, Natr. phosphor. 1,5, Kal. phosphor. 1,0, Magnes. sulfur. 0,5 auf 1 Liter Wasser), subcutan oder rectal (körperwarm). Bei stärkerer Cyanose Aderlass (bis 200 ccm). Bei Krämpfen Narkotica (Herz!). Später symptomatisch (Psychosen, Anurie usw.), Guttman.

**Hoden- u. Nebenhoden - Entzündung.** Chronische s. Hydrocele, Hodensyphilis, Hodentuberkulose. Akute Entzündung (Orchitis bzw. Epididymitis) durch Übergreifen von Entzündungsprocessen der Nachbarschaft, metastatisch bei Mumps usw.; häufiger direkt propagiert von Blasen- u. Prostata-Entzündung, am meisten von Harnröhre bei Gonorrhoe; dann gewöhnlich zuerst Epididymitis ev. erst später Orchitis. **Sympt.:** Unter heftigen Schmerzen zunehmende Schwellung bei ev. hohem Fieber. Hautdecke gespannt, zuweilen gerötet, Druckschmerz sehr heftig. Entweder gleichmässige u. gleichzeitige Schwellung von Hoden u. Nebenhoden oder Nebenhoden haubenförmig über normalem bzw. weniger geschwellenem Hoden verdickt. Zuweilen (symptomatische) Hydrocele infolge Reizung der Tunica. Vorsichtige Palpation! Abscedierungen selten, durch genaue Prüfung auf Fluktuation festzustellen. **Diff.-Diagnose:** Bei Hydrocele gewöhnlich keine Schmerzen, kein Fieber, dagegen Fluktuation, cystische Geschwulst; bei Orchitis teigige infiltrierte Geschwulst. **Prognose:** Leidlich günstig. Bei doppelseitiger Epididymitis Gefahr der Sterilität infolge Vernarbung der aus dem Testikel ziehenden Samengänge. **Therapie:** Hochlagerung des Scrotums bzw. Hodens bei Bettruhe. Heisse Breiumschläge oder, wenn besser vertragen, Eisblase. Auch Umschläge mit essigsaurer Tonerde oder Bleiwasser. Pinselungen mit Jodtinktur oder 10 % Jothion (schmerzhaft!). Abfuhrmittel. Salicyl. Nach Abklingen der akuten Symptome Frickesche Heftpflastereinwicklungen, zirkulär von oben nach unten. Suspensorium. Bei Abscessen Incision. Leser.

**Hoden- u. Nebenhoden - Geschwülste.** a) Gutartige: Fibrome, Lipome rel. selten; häufiger Gummata (cf. Hodensyphilis). b) Maligne: Sarkome, auch Mischgeschwülste wie Chondrosarkome, Myosarkome usw.; Carcinome, meist zellreiche, weiche. **Diff.-Diagnose:** Vergrößerung, Consistenz des Tumors, Alter des Kranken. Gegenüber Syphilis Anamnese, Alter, Heredität, Wachstum (bei malignen Tumoren schneller), Kachexie usw. **Therapie:** Bei gutartigen Tumoren umschriebene Exstirpation. Bei Gummata antisiphilitische Kur; Fistelgänge ev. auskratzen. — Bei malignen Tumoren jedesmal Ablatio testis.

Leser.

**Hodenneuralgie.** **Ätiol.:** Chron. Prostatitis gonorrhoeica, Varicocele, Trauma des Genitale, allgemeine Neurasthenie, geschlechtliche Exzesse; häufig gar keine Ursache zu finden. **Sympt.:** Seltenes Leiden, das sich in anfallsweisen, durch gesunde Intervalle getrennten, oder kontinuierlichen Schmerzen im Hoden äussert. Steigerung nach starken Bewegungen oder sexuellen Exzessen. **Therapie:** Neben ursächlicher Behandlung lokale Galvanisation u. Sitzbäder. Nicht immer erfolgreich.

M. Joseph.

**Hoden- u. Nebenhoden - Syphilis.** **Sympt.:** Meist in späteren Stadien der Syphilis, oft nach Verletzungen Orchitis interstit. diffusa fibrosa oder gummosa, die sekundär auf Nebenhoden übergreifen kann. Infolge starker Bindegewebsneubildung an einzelnen umschriebenen Stellen überschreitet Hoden anfangs normale Grösse; später Atrophie mit deutlich fühlbarer Vertiefung. Bei der hiermit häufig verbundenen gummösen Orchitis sitzen im schwieligen Gewebe ein oder mehrere graurötliche derbe Knoten, wobei sich Hoden höckrig anfühlt u. Oberfläche kleine harte Vorsprünge zeigt; in  $\frac{1}{3}$  der Fälle mit geringer Hydrocele verbunden. Nach monatelangem Bestande kann gummöse Hodensyphilis zur Erweichung u. Fistelbildung führen. Aus vernachlässigten Fällen entwickelt sich durch übermässige Wucherung der Granulationsmassen an der Fistelöffnung der Fungus testis. Infolge des langsamen, schmerzlosen Verlaufes kann Hoden sehr gross u. brethhart werden. Ev. spontaner Stillstand, Atrophie u. sekundäre Azoospermie. Bei frühzeitiger Behandlung völlige Rückbildung; sonst ist Bindegewebsneubildung schwer rückgängig zu machen; infolgedessen schrumpft der Hoden zu Bohnengrösse oder zu knorpelharter Masse. Ausser sekundärer auch primäre N.-S., im frühen Stadium als interstitielle, später als gummöse Epididymitis. Bei ersterer meist eine Anschwellung am Kopfe des Nebenhodens, bei letzterer ebenfalls Kopf bevorzugt; die bohnen- bis nussgrossen derben, schmerzlosen Knötchen bilden sich unter spezifischer



Therapie bald zurück, brechen nur selten mit Fistelbildung auf. Auch bei kongenitaler Syphilis beide Formen der Orchitis. **Diff.-Diagnose:** Tuberkulose bevorzugt gewöhnlich Nebenhoden, Lues Hoden. Bei der Tbk. schon im Beginne Schmerzen, entzündliche Erscheinungen, Ulceration mit Fistelbildung, Prostatitis oder Spermatocystitis, Tuberkelbacillen. Bei Gonorrhoe meist Schwanz des Nebenhodens, bei Lues vorwiegend Kopf ergriffen. In zweifelhaften Fällen entscheidet Wassermannsche Reaktion u. energische antisiphilitische Therapie. M. Joseph.

**Hoden- u. Nebenhoden-Tuberkulose.** Nicht selten, meist sekundär (Nierentuberkulose!) fast immer am Nebenhoden beginnend. **Sympt.:** Langsamer Verlauf, multiple erbsen- bis pflaumengrosse Knoten im Nebenhoden; Haut darüber gerötet, fixiert; bald Fisteln, aus denen sich typische, käsige-eitrige Bröckel u. trübes Serum entleeren. Bei Übergreifen auf Hoden allmähliche Vergrösserung desselben. Meist schon vorher Vas deferens erkrankt; knötchenförmige (rosenkrantzähnlich) Verdickungen oder Verwandlung in derben, verdickten Strang, angefüllt mit tuberkulösem Käse, Knötchen u. Eiter. **Diff.-Diagnose:** Bei Tuberkulose Beginn im Nebenhoden, baldige Erkrankung des Vas deferens, grosse Neigung zur Hautfixation u. Fistelbildung, anderweitige tuberkulöse Erscheinungen. Bei Syphilis Beginn im Hoden, vorhergegangene Infektion, Schmerzlosigkeit, selten Eiterung u. Fistelbildung. **Therapie:** Bei circumscripter Erkrankung Spaltung u. Excochleation der Fistelgänge, Allgemeinbehandlung (cf. Lungentuberkulose); ev. Exstirpation der kranken Abschnitte u. Jodoformierung der Wunde. Wenn Vas deferens erkrankt, Exstirpation möglichst im Gesunden; weniger gut Evulsion, weil meist an kranker Stelle abreisst. Bei ausgebreiteter Erkrankung Ablatio testis u. Entfernung des Vas deferens. Bei doppelseitiger Erkrankung nur bei alten Leuten beiderseitige Ablatio testis; bei jüngeren nur einseitige Ablatio, an der weniger kranken Seite Versuch möglichst gründlicher Resektion, Jodoformierung der Wunden u. Kur mit Tuberkulin; letztere auch bei geringen, nicht progredienten Symptomen; doch häufige Untersuchungen. Prognose anceps. Leser.

**Hohlfuss.** Ausnahmsweise selbständige Veränderung des Fussskelets, meist mit Spitzfuss kompliziert, seltener mit Klumpfuss. Kongenitale-paralytische (essentielle Kinderlähmung) u. entzündliche Formen zu trennen; letztere nach Sprunggelenk-Prozessen oder nach Schrumpfung der Wadenmuskulatur. **Sympt.:** Sehr starke Aushöhlung des Tarsus (Fusssole), zuweilen mit Plantarflexion der Metatarsophalangeal-Gelenke kompliziert, so dass Fuss auf Calcaneus u. Metatarsalköpfchen ruht.

Oft Schmerzen u. unbequeme Schwielen. **Therapie:** Zweckmässiges Schuhwerk! Bei hohen Graden wohl immer Tenotomie der Achilles-Sehne nötig. Bei paralytischen Formen allmähliche Korrektur meist erfolgversprechend; ev. Durchschneidung der Plantar-Aponeurose; Doppelschiene, die plantare Flexion hindert. In schweren Fällen Exstirpation des Talus.  
Leser.

**Hordeolum.** Gerstenkorn. **Ätiol.:** Vereiterung der Talgdrüsen (Zeissche Drüsen) am Lidrande. Neigung zu Akne. **Sympt.:** Lid partiell oder total oedematös, entzündlich gerötet; oft Chemose. Stelle des Hordeolum selbst härter infiltriert. auf Druck stark schmerzhaft. Später eitrige Einschmelzung. **Therapie:** Warme Umschläge; sobald Eiteransammlung nachweisbar, Incision. Zur Verhütung von Rezidiven Behandlung etwa bestehender Blepharitis ciliaris durch Massage mit gelber Augensalbe (Rp. 194) u. kühle Borwasserumschläge.  
Schieck.

**Hornhautinfiltrate.** a) **Oberflächliche.** **Ätiol.:** Skrofulose. **Sympt.:** Grauweißer Infiltrationsherd in den oberflächlichen Lagen der Cornea mit unscharfen Rändern u. geblähtem Epithel darüber. Direkt unter dem Epithel sitzt die Hornhautphlyktäne, oft kombiniert mit Rand- u. Conjunctivalphlyktänen, kenntlich als kleiner prominenter Buckel. Pericorneale Injektion am benachbarten Limbusabschnitt. Lichtscheu: Tränen. Kammerwasser u. Iris nicht beteiligt. **Komplik.:** Ulcus corneae scrofulosum, Pannus. Gefässbändchen. **Therapie:** Leichte Massage mit: Atrop. sulf. 0,1, Cocain. mur. 0,2, Aq. q. s., Vaseline 10,0. Kühle Borwasserumschläge. Roborierende Diät. Lebertran. Salzäder. Nach Abheilung Massage mit gelber Augensalbe (Rp. 194).

b) **Tiefe.** **Ätiol.:** Tuberkulose, Skrofulose, Lues. **Sympt.:** In den tiefen u. mittleren Hornhautlagen grauweiße Trübung mit unscharfen Rändern, Epithel darüber matt, ciliare Injektion, Reizung der Iris. Hochgradige Lichtscheu. **Komplik.:** Beschläge an der Hornhauthinterfläche, Iritis plastica, tiefe Vaskularisation. **Therapie:** Atropin, feuchtwarmer Verband. Behandlung des Grundleidens.  
Schieck.

**Hühneraugen.** Durch Stiefeldruck an Zehen u. Fusssohle Hornschichthypertrophie, die kegelförmige Fortsätze ins Corium treibt u. durch Druck auf Nervenendigungen Schmerzen auslöst. **Therapie:** 10 % Salicylseifenpflaster, 30—50 % Salicylsäurepflastermull. Aufpinseln von Rp. Acid. salicyl. 10,0, Extr. Cannab. indic. 2,0, Alkohol. 10,0, Collodii elast. ad 100,0.

M. Joseph.

**Husten.** Auch willkürlich. Am häufigsten durch Reizung der Schleimhaut des Respirationstractus (darum pathognomonisch für viele Erkrankungen desselben). Am empfindlichsten (stärkster Husten): Trachea, Larynx (bes. hintere Commissur) u. Bifurkation, grosse Bronchien; peripherwärts Nachlassen der Empfindlichkeit. Lungenparenchy-mhusten problematisch, Pleurahusten nur klinisch sicher. Reflektorischer Husten: wahrscheinlich Reizirradiation von einem Nervengebiete auf das andere. Sicher von Nase (Schwellungen, durch Cocain ev. zu beseitigen), von Rachen her (künstlich durch Sondenberührung zu erzeugen). Problematisch bei Kitzel im äusseren Gehörgang, bei Druck auf Milz, Leber, bei kalten Füßen, Entblössung, bei Würmern, bei Magen-, Darmleiden, Uterus(Anteversio) u. Adnexerkrankungen. *Tussis nervosa*: rein selten, daher Vorsicht. Kein Auswurf, daher trockner Hustenklang. Bei Basedow, Struma, Tabes (laryngeale Krisen). Hohlklingender Husten: Mundhöhle wird als Resonanzboden benützt (Phthisiker). *Hüsteln*: schwaches, häufigeres Husten bes. bei Pharyngitis, Laryngitis, Spitzenkatarrh. *Hustenparoxysmen*: Anfälle (auf rasch eintretenden Reiz, z. B. Verschlucken, wenn viel Sekret auf einmal in Bronchien [Kaverneninhalt], akute Entzündung). Bei heftigstem Husten infolge Reizausbreitung oft Erbrechen, ferner Haut- u. Schleimhautblutungen (Conjunctiven usw.), Anfälle von Bewusstlosigkeit u. Krämpfen (Blutausfluss aus grossen Venen infolge Drucksteigerung im Brustraum behindert = Stauung). *Bellender Husten* („Schafhusten“): bei Schwellung der falschen Stimmbänder. *Klangloser Husten*: Bei grosser Schwäche (mangelhafter Glottisschluss). *Keuchhusten*: heftiger Reiz des Hustencentrums neben peripherem Schleimhaut-Reiz; Glottis(krampf)-verschluss anfangs, darum initial pfeifende Inspiration.

Arneth.

**Hydramnios.** Ansammlung einer Fruchtwassermenge, die 2 l übersteigt. *Ätiol.*: Noch unklar. In Betracht kommen Zirkulationsstörungen bei Mutter oder Kind. Öfters bei ein-eiigen Zwillingen. *Sympt.*: Starke Ausdehnung des Leibes, damit verbunden unangenehme Steigerungen der Schwangerschaftsbeschwerden (Empordrängen des Zwerchfelles), abnorme Beweglichkeit des Fruchtkörpers (falsche Lagen). Bei Geburt infolge Überdehnung des Uterus sehr schwache Wehen, Vorfall kleiner Teile oder der Nabelschnur bei Fruchtwasserabfluss häufig. *Therapie*: Bei starken Beschwerden seitens der Lunge durch Empordrängen des Zwerchfells künstliche Frühgeburt indiziert. Sonst unter Ruhe abwarten. Unter der Geburt Blase in Wehenpause sprengen, Fruchtwasser langsam abfliessen lassen, genau auf Vorfall von Fruchtteilen achten. Fromme.

**Hydroa vacciniformis.** Unter Einfluss ultravioletter Strahlen des Spektrums stellen sich bei dazu prädisponierten Individuen nach starker Sonnenbestrahlung grosse Blasen mit centraler Nabelung im Gesichte u. an Ohren ein, die mit Narbenbildung abheilen. **Komplik.:** Albuminurie, Hämatoporphinurie u. Frühjahrskatarrh der Augen. **Therapie:** Prophylaktisch brauner oder roter Schleier. Umschläge mit Resorcin (1%), Verbände mit Bor- oder Zinkvaseline. M. Joseph.

**Hydrocele.** Seröse Flüssigkeitsansammlung innerhalb der serösen Umhüllung des Hodens bzw. Samenstrangs. Bei *H. communicans* feine Öffnung zwischen Bauchhöhle u. Hydrocelesack. Bei weiterer Öffnung nichts anderes als kongenitaler Bruchsack, der mit seröser Flüssigkeit gefüllt ist. Reicht *H. Funiculi spermatici* vom oberen Hodenpol bis zum inneren Leistenring, dann *H. bilocularis*, weil Einschnürung am äusseren Leistenring. — Selten: *H. multilocularis* = multiple Cysten in Umgebung des Testikels. *H. prolifera* s. *fibrinosa* = ergiebige Ausscheidung von fibrinösen Belägen der Wandung. **Ätiol.:** Traumatisch nach Quetschungen; entzündlich (daher auch „Periorchitis“), bes. nach Gonorrhoe; idiopathisch aus unbekannter Ursache; symptomatisch bei Erkrankung des Hodens u. Nebenhodens, z. B. Tumorbildung usw. **Sympt.:** Prallelastische, meist fluktuierende, hell durchscheinende, rundliche Schwellung vor dem Hoden bzw. am Samenstrang. Meist schmerzlos, nur unangenehme Schwere des Hodens. Abschluss gegen die Bauchhöhle (fehlt nur bei *H. communicans*). **Diff.-Diagnose:** Hernie, wenn nicht eingeklemmt, weicherer Tumor mit Fortsetzung in Bauchhöhle; keine Fluktuation, kein Durchscheinen. Bei eingeklemmter Hernie entscheidet Allgemeinbefinden, Schmerz, Fortsetzung der Geschwulst in Bauchhöhle. Gegenüber Tumoren, Orchitis u. Epididymitis entscheidet Nachweis des normalen Testikels hinter der Geschwulst ev. die haubenförmige Überlagerung der Epididymis; ferner Transparenz mit Fluktuation. **Therapie:** Bei kleiner *H.* Versuch mit Punktion u. Einspritzung von Jodtinktur; bei Kindern meist genügend, sonst unsicher, da Rezidiv gewöhnlich. Besser Radikaloperation: Spaltung des Hydrocelesacks; nach Abfluss der Flüssigkeit Umsäumen der Wandungen u. breitfassende Naht der serösen Flächen (v. Volkmann). Oder Spaltung u. Exstirpation der Tunica vaginalis propria ringsum bis an Hoden, Naht (v. Bergmann). Leser.

**Hydrocephalus.** Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit in den Ventrikeln mit Erweiterung dieser (*H. internus*) oder Vermehrung der Flüssigkeit im Arachnoidealraum (*H. externus*). **Ätiol.:** Hereditäre Schädigung (angeborener *H.*), ent-  
Spezielle Diagnostik und Therapie. 16

zündliche Prozesse am Gehirn u. seinen Häuten (Meningitis purulenta, tuberculosa, serosa), Zirkulationsstörungen (Herzkrankungen, Anämie), Verschluss der Abflusswege des Liquor durch Geschwülste, Cysten, Verwachsungen, Erkrankungen der Hemisphärenwand. Schwund der Hirnsubstanz (H. ex vacuo). **Sympt.:** Bei angeborenem u. in früher Jugend erworbenem H. Makrocephalie u. abnorme Kopfform (steile, oft überragende Stirn, ballonartiger Schädel; flache Augenhöhlen, kleines Gesicht, klaffende oder durch Schaltknochen gedeckte Fontanellen, dünne Schädelknochen, dünne Haut), manchmal einseitige Auftreibung des Schädels. Erworbenes H. kann akut mit Fieber einsetzen; Hirndrucksymptome (Kopfschmerz, Nackensteifigkeit, Schwindel, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Benommenheit, Stauungspapille, Sehnervenatrophie!). Lokalisierter innerer H. (Unterhorn, Seitenventrikel) kann Tumorsymptome (lokalisierte Reizerscheinungen, Krämpfe, Paresen) machen. Gesteigerte Reflexe, gelegentlich Nystagmus. Bei chronischem H. kein Fieber, alle Symptome schwankend, periodenweises Auftreten, zunehmende Demenz. **Diff.-Diagnose:** H. externus und internus (wenn dieser nicht lokalisiert) nicht zu unterscheiden. Sonst Meningitis (Fieber, Nackensteifigkeit; oft kombiniert mit Hydrocephalus), Hirngeschwülste (grössere Konstanz der Symptome), Hirncysten. **Therapie:** Bei akutem H. wie bei Meningitis. Bei angeborenem u. chronischem H. operativer Eingriff: Lumbalpunktion (nur vorübergehender Erfolg; cave Tumor der hinteren Schädelgrube), Punktion oder Drainage der Ventrikel. Resorbentien u. Derivantien Jod, äusserlich Unguent. jodi, Tart. stibiat., Unguent. cinereum von geringem Erfolg.

L. W. Weber.

**Hydrocephalus intra partum.** Meist bei Beckenendlagen. Kann unter Umständen schwere Geburtskomplikation abgeben (ca. 20% mütterlicher Mortalität). **Diagnose:** Bei vorangehendem Kopf aus abnormer Grösse u. Breite der Nähte u. Fontanellen; bei nachfolgendem Kopf ev. Eingehen mit der ganzen Hand erforderlich. Bei Spina bifida an H. denken! **Therapie:** Nur bei geringem ins Becken eingetretenem H. vorsichtiger Extractionsversuch mit Zange gestattet. Bei grossem H. Punktion oder Perforation ev. bei sistierenden Wehen Kranioklasie; bei nachfolgendem Kopf Perforation, am besten vom Gaumen aus.

Kayser.

**Hydronephrose.** Angeboren u. erworben. **Ätiol.:** Hindernis irgendwo im Verlauf der Harnwege (z. B. Ureterabknickung, Wanderniere, Steine oder Tumoren der Niere, des Harnleiterausgangs, der Prostata, des Beckens u. a.), so dass Nierensekret nicht abfliessen kann, wodurch allmählich völlige

Atrophie des Nierenparenchyms, bis Niere in grossen mit Flüssigkeit gefüllten Sack umgewandelt ist. *Sympt.*: Bei einseitiger H. Tumor der Nierengegend; Schmerzen können fehlen, aber auch heftig sein, dann oft nach Blase u. Genitale ausstrahlend. Bei doppelseitiger H. noch urämische Symptome. *Komplik.*: Durch Infektion eitrige Sackniere; auch stärkere Blutungen. Ev. abwechselnd Verschluss u. Öffnung des Abflussweges (sog. intermittierende H.). *Diagnose*: Genaue Harnuntersuchung, funktionelle Nierenprüfung. *Therapie*: Sanfte Massage. Bei höheren Graden, wenn möglich, operative Beseitigung des Abflusshindernisses. Bei gänzlicher Zerstörung der Niere Exstirpation des Sackes. Punktion des Sackes oder Fistelbildung bietet keine Heilungsaussicht. Kaposi.

**Hydroperikardium.** Transsudat im Herzbeutel, sekundär bei Herzschwäche mit allgemeiner Stauung, bei Nephritis, Anämie u. Kachexie (Hydrämie) u. bei lokalen Zirkulationsstörungen (bei Lungen-, Pleura- usw. -Erkrankungen). Von 100 bis 150 ccm ab erst pathologische Menge; bis 1 l u. mehr. *Sympt.*: Cf. Perikarditis. *Diff.-Diagnose*: Fieber, Druckschmerz für Perikarditis; Ätiologie; Probe-Punktion (spez. Gew.). *Therapie*: Nach Grundleiden; sonst cf. Perikarditis. Wenn durch zu grosses Transsudat Herzinsuffizienz: Punktion (5. Inter-costalraum, 2 cm vom linken Sternalrand). Arneth.

**Hydrops und Oedeme.** Ansammlung von Gewebsflüssigkeit in den serösen Höhlen u. im Unterhautzellgewebe. *Ätiol.*: Centrale (Herzinsuffizienz, raumbeengende Prozesse im Thorax) oder lokale (Venenthrombose u. -kompression; Leberleiden) Verlangsamung resp. Behinderung des venösen Abflusses; Nephritiden (parenchymatöse, Amyloid, interstitielle nur bei Herzinsuffizienz). Oedeme ferner bei Anämie u. Kachexie (Chlorose, Leukämie, Phthise, Carcinom usw.) = marantische Oedeme. Auf nervöser Grundlage (organische Nervenkrankheiten; Angioneurosen [Quincke'sches Oedem, Hydrops articulo-rum intermittens]); bei entzündlichen Prozessen (Myositis, Trichinose). *Pathogenese*: Zur Erklärung der durch venöse Stauungen entstandenen Hydropsien genügt mechanische Steigerung des venösen Druckes; dadurch vermehrte Transsudation. Gleichzeitig aber Verlangsamung des Lymphstroms durch Entspannung der Gewebe u., bei centraler Ursache, durch erschwerte Entleerung des Ductus thoracicus. Bei nephritischen Oedemen häufig (doch nicht stets) wesentlich eine Kochsalzretention; ausserdem Veränderungen der Gefässwand u. wahrscheinlich auch Hydrämie. Letztere beiden Ursachen dürften auch für marantische Oedeme gelten. Die Grundlage der nervösen Oedeme bilden wohl Gefässalterationen und Änderungen der

Gewebsspannung. Spezielle Lokalisationen s. Hydrothorax, Hydroperikard, Ascites, Glottisoedem, Lungenoedem, akutes umschriebenes Hautoedem, Hydrops articularis intermittens. **Sympt.** Gespannte, glänzende Haut; Volumsvermehrung; nach Fingerdruck bleibt eine Delle zurück. Das Hautoedem, Hydrops anasarca, lokalisiert sich bei Herzleiden zunächst an den abhängigen Partien (ebenso die marantischen Oedeme), bei Nephritis dagegen an Orten mit lockerem Unterhautzellgewebe (Augenlider). Quinckesches Oedem am häufigsten im Gesicht (s. S. 212); Hydrops art. interm. am Knie (S. 245). **Allgemeine Therapie:** Bei kardialen Hydrops Hebung der Zirkulation durch Digitalispräparate (s. S. 230). Daneben (oder mit Digitalis kombiniert) Diuretica: Rp. 65—70, 72—77; ausserdem Euphyllin 0,5—1,0 pro die (stomachal, rectal, intramuskulär). Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme; ev. Versuch mit Karellscher Milchkur. Vorsichtige Schwitzprozeduren (im Bett!). In schwersten Fällen Curschmannsche Hautdrainage resp. Inzisionen. Bei nephritischen Hydropsien Versuch mit kochsalzfreier Kost. Sonst wie bei Stauungsoedemen; Digitalis jedoch nur bei Herzinsuffizienz; Kalomel wegen Gefahr der Intoxikation überhaupt nicht zu geben. Bei den anderen Formen, soweit möglich, Beseitigung der Ursache; sonst symptomatisch wie oben. Cf. die speziellen Hydropsformen. Beuttenmüller.

**Hydrops articularis.** Abnorme Anfüllung des Gelenkraums mit seröser Flüssigkeit, oft mit fibrinöser Ausscheidung (cf. Gelenktuberkulose). Am häufigsten im Kniegelenk, doch auch in anderen Gelenken. **Ätiol.:** Traumatisch durch Umwandlung eines Blutergusses (cf. Hämarthros) oder direkt durch Reizung der Synovialis (Distorsion, Gelenkfraktur). Akut-entzündlich infolge nahen Entzündungsprozesses oder durch Fortleitung bzw. Metastasenbildung von anderer Infektionsstelle (Osteomyelitis, Gelenkrheumatismus, Gonorrhoe usw.). Chronisch-entzündlich aus akutem Prozess übergehend oder von Anfang an, dann auf Tuberkulose verdächtig. **Prognose:** Bei traumatischem H. gut, bei entzündlichem weniger gut, abhängig von Charakter der Infektion u. Behandlung. — **Sympt.:** Schwellung des Gelenks grösstenteils durch den intraartikulären Erguss. Am Kniegelenk Tanzen der Patella, am Schultergelenk ballonartige Auftreibung der ganzen Gelenkumgebung (cave Hygrom!), am Ellbogen beiderseits der Tricepssehne Vorspringen der Kapsel. Fluktuation. Schmerzen bei traumatischem H. geringer, bei entzündlichem stärker, bes. bei gonorrhöischem. Bewegungen mehr weniger eingeschränkt u. schmerzhaft. Bei längerer Zeit bestehendem H. allmählich Erschlaffung der Kapsel u. Bänder, ev. schliesslich wackeliges Gelenk. **Therapie:** Bei traumatischem H. komprimierende Einwicklung, Jodtinktur-Pinse-

lungen; kurze Zeit Ruhigstellung des Gelenks; dann vorsichtig gesteigerte passive u. aktive Bewegungen mit Massage. Bei entzündlichem H. passive Stauungshyperämie nach Bier, sehr erfolgreich bei gonorrhöischem H.; nicht zu lange Fixation des Gelenks in möglichst brauchbarer Stellung. Geht Erguss nicht bald zurück, dann Punktion u. Auswaschung je nach Charakter der Infektion mit sterilen oder antiseptischen Lösungen. Danach leicht komprimierender Verband mit Ruhigstellung des Gelenks, bald systematische Bewegungsübungen. Leser.

**Hydrops articularis intermittens.** Sehr seltene Neurose unbekanntem Ursprungs, meist bei neuropathischen Individuen. *Sympt.:* Periodische Gelenkschwellung, alle paar Tage bis Wochen auftretend, meist in einem Kniegelenk, selten in mehreren Gelenken, ohne Entzündungserscheinungen, meist schmerzlos. Dauer 3—8 Tage; bisweilen vasomotorische Reizerscheinungen. Meist plötzlich kommend u. verschwindend. *Therapie:* Chinin (Rp. 170, 171), Arsen (Rp. 21 ff.), Elektrolithherapie, Karlsbader Kur. S. Schoenborn.

**Hydrothorax.** Transsudat in der Pleurahöhle. *Ätiol.:* Wie bei allgemeinem Hydrops\*, dessen Teilerscheinung H. meist ist. Aber auch lokale Ursachen (Schädigungen der Gefäßwände, behinderter Abfluss aus den Brustvenen, erschwerte Lymphresorption), z. B. bei Mediastinaltumor, chron. Pleuritis u. Perikarditis, Lungenemphysem usw. *Sympt.:* Wie bei Pleuritis exsudativa. Zuweilen Nachweis des Ergusses wegen Oedem der Thoraxwand schwierig (dann Röntgenbild, Probepunktion). Meist doppelseitig wegen Grundkrankheit. Aber auch nur einseitig, bzw. dort stärker), z. B. bei dauernder Lage auf einer Seite, bei einseitiger Verwachsung der Pleurablätter; nur rechts zuweilen bei Lebercirrhose u. chron. Herzinsuffizienz. Meist starke Dyspnoe. *Diff.-Diagnose:* Gegenüber Pleuritis exsudativa. Ätiologie! Fehlen von Fieber, Reibegeräuschen, stärkeren Verdrängungserscheinungen. Flüssigkeit bei Lagewechsel leichter verschieblich; Bronchialatmen hinten unten weniger ausgesprochen. Spez. Gewicht unter 1014, Eiweiss unter 3%. Zuweilen H. u. Pleuritis kombiniert! Jodsalze per os gereicht gehen in Exsudat nur spurweise über, in Transsudat schnell u. reichlich (O. Rosenbach). *Prognose u. Therapie:* Abhängig vom Grundleiden. Punktion nur bei starker Atemnot, da Erguss bald wieder kommt. Einseitiger H. wie Pleuritis exsudativa. Guttmann.

**Hyperhidrosis.** Übermässige Schweissabsonderung. *Ätiol.:* Physiologisch bei starken Anstrengungen, nervösen Angstzuständen. Pathologisch bei Schwächezuständen, z. B. Tuberkulose, oder als halbseitige H. bei Sympathicuserkrankungen. Wichtiger die lokalisierte H. an Händen, Füssen, Achsel- u.



Leistungsgenden. Bei *H. pedum* (Schweissfuss) sind Füße stets feucht, Strümpfe nass, stinkender Geruch infolge Zersetzung des Schweißes (Bromhidrosis); allmählich Maceration der Haut, Excoriationen u. Ulcerationen. *H. manuum* unangenehm, weil beim Händedruck störend u. bei Arbeit leicht Beschmutzung herbeiführend. Kommt auch bei Arbeitern in Anilin-fabriken vor, die sich Hände mit Chlorkalk reinigen. In Achselhöhlen-, Leisten-, Analgegend infolge der H. leicht intertriginöse Ekzeme. Auf Kopfhaut häufig H. bei starkem Haarausfall. **Therapie:** In leichten Fällen Einstreuen von 2 % Salicylstreupulver; oder Rp. Alumin. 2,0, Talci 10,0; oder Lenizet bzw. Acid. salicyl. 5,0, Acid. boric., Acid. tartaric.  $\mathfrak{a}$  10,0, Zinci oxyd., Talc. präpar.  $\mathfrak{a}$  40,0; oder Fussbäder mit 1—6 % Permanganatlösung u. morgens Einstreuen mit Rp. Kal. permanganic. 13,0, Alumin. 1,0, Talc. 50,0, Zinci oxyd., Calcar.  $\mathfrak{a}$  18,0. In mittelschweren Fällen Aufpinseln von 5 % Chromsäure, alle 14 Tage bis zur Heilung; oder Bäder in Liquor antihidrorrhoeicus Brandau, der filtriert wieder benutzt werden kann u. Einstreuen von Tannoform; oder Pinselung mit Rp. Liq. ferri sesquichlor. 30,0, Glycerin 10,0. In schweren Fällen Einreiben mit 10—15 % Formalinspiritus bzw. -salbe; oder Röntgenbestrahlung mit einer vollen Erythemdosis. Gegen H. des behaarten Kopfes Waschungen mit Rp. Spir. aether. 50,0, Tinct. Benzoes 7,0, Vanilini 0,05, Heliotropini 0,15, Ol. Geranii gtt. I (vor der Flamme zu schützen!). — Cf. Parhidrosis. M. Joseph.

**Hypertrichosis.** Abnorme Behaarung auf unveränderter normaler Haut, meist angeboren; entweder über ganzen Körper ausgebreitet (bei sog. Hundemenschen, zusammen mit Zahnabnormitäten u. frühzeitiger Geschlechtsreife) oder lokal auf Gesicht bei Frauen beschränkt (*Hirsuties faciei*), mehr weniger stark bis zu vollkommenem Bartwuchs. Die über der Wirbelsäule gelegene *H. sacrolumbalis* oft zusammen mit *Spina bifida occulta*. Selten ist *H. acquisita*, z. B. nach langer Fixation eines Körperteils im Gipsverband, nach Nervenverletzung, nach Veränderung der Sexualorgane (*Cystoma ovarii*). **Therapie:** Röntgentherapie zu gefährlich, nur Elektrolyse zu gebrauchen. Positiver Pol einer konstanten Batterie auf die Hand, negativer mit einer in Nadelhalter befindlichen Nadel oder englischen Zapfenreibahle verbunden; Stromstärke 2—3 M.-A. 1—3 Minuten lang. Nach einigen Minuten bildet sich an der Einstichstelle (Haarfollikel) kleines Wasserbläschen, worauf Haar nach einigen Minuten mit Cilienpinzette entfernt wird. Mühsam, 50% Rezidive, aber einzige kurative Methode, während Epilationspasten (Rp. Calc. hydr. sulf. in Aqua 20,0, Ungt. Glycerin., Amyl.  $\mathfrak{a}$  10,0, S. 1—2 mm dick auftragen, nach 10—30 Minuten abwaschen) oder Waschen mit  $H_2O_2$  nur palliativ. M. Joseph.

**Hypochondrie.** *Ätiol.:* a) Bei vielen Psychosen (Melancholie, Paranoia, Dementia praecox, Paralyse) u. Neurosen (Hysterie). b) Bei Allgemeinerkrankungen (Syphilis, Tuberkulose, Herz-, Nierenerkrankungen) als Zustandsbild. c) Bei der („endogenen“ oder erworbenen) Neurasthenie als besondere Form dieser Erkrankung. *Sympt.:* Bei allen Formen abnorm gesteigerte Neigung, die Vorgänge u. Zustände des eigenen Körpers zu beobachten u. in übertreibender oder der Wirklichkeit gar nicht entsprechender Weise als krankhaft aufzufassen; dabei gewöhnlich traurige Verstimmung. Im einzelnen in bestimmte Organe lokalisierte u. abnorm ausgedeutete Sensationen: namentlich Herz, Lungen, Magen, Rückenmark, Geschlechtsorgane betreffend, von hypochondrischen Vorstellungen fortschreitend zu wirklichen unkorrigierbaren Wahnideen abenteuerlichen Inhalts. Gelegentlich Zwangsvorstellungen\* und Phobien\* hochgradige Angsteffekte. Entsprechende Handlungen (übertriebene therapeutische Massnahmen, Quacksalbereien). Gemütliche u. intellektuelle Einengung (Egoismus). *Diff.-Diagnose:* a) Gegen wirkliche Körpererkrankungen: hier bes. hypochondrische Befürchtungen nach syphilitischer Infektion (Furcht vor Tabes, Paralyse). b) Gegen hyp. Zustandsbilder von Psychosen: bei Melancholie\* überwiegt Depression oder Angst; bei Paranoia\* gleichzeitig Eigenbeziehungen, Verfolgungs- oder Grössenwahn; bei Dementia praecox\* katatone Züge, allmähliche Intelligenzdefekte; bei Dementia paralytica\* organische Nervensymptome (Pupillen, Kniephänomene usw.). c) Bei den hypochondrischen Formen der Neurasthenie: Schwanken der Verstimmung. Abgrenzung der traumatisch entstandenen H. (traumatische Neurose\*). *Prognose:* Ungünstig bei jüngeren Individuen u. bei ausgesprochenen psychotischen Zügen. *Therapie:* Beseitigung körperlicher Grundlagen. Psychische Beeinflussung, Ablenkung. Leichter Sport. Bewahrung vor therapeutischer Vielgeschäftigkeit. Hypnose von geringem Erfolg, besser Wachsuggestion. Behandlung der begleitenden Verstimmung (cf. Melancholie, Neurasthenie). L. W. Weber.

**Hypoglossuslähmung.** *Ätiol.:* Centrale Hypoglossuslähmung häufig als Teilerscheinung corticaler oder subcorticaler Lähmungen (cf. Hemiplegie); Kernlähmung bei Affektionen der Medulla (Bulbärparalyse\*!). Peripherische Lähmung seltener: Affektionen der Schädelbasis (Meningitis, Tumoren, Aneurysmen), Geschwülste u. Verletzungen (Operationen) am Halse, auch primäre Neuritis. *Sympt.:* Bei peripherer H. Atrophie u. Lähmung der betroffenen Zungenhälfte; herausgestreckte Zunge weicht nach der gelähmten Seite ab (Ausfall des Genioglossus), ist in der gelähmten Hälfte runzlig, zeigt oft fibrilläre

Zuckungen u. mehr weniger deutliche Ea R. Aussprache von X u. Sch erschwert. Bei centraler H. gleicher Befund ausser Atrophie u. Ea R. (nur bei Erkrankung des Kerns in der Medulla durch diese beiden nachweisbar). **Therapie:** Galvanisation (labil 4—5M.-A.) am Halse; Strychnin, Jodkali. Cf. Lähmungen. S. Schoenborn.

**Hypospadie u. Epispadie.** Abnorme Spaltbildung an der unteren bzw. oberen Wand der Urethra bzw. Mündung derselben an Unter- oder Rückseite des Penis. Epispadie oft mit Ektopie der Harnblase kompliziert. Hypospadie an der Eichel, am Penis u. am Scrotum, je nach Mündung der Harnröhre. **Sympt.:** Urin entleert sich an abnormer Stelle; Miktion zuweilen erschwert. Leicht Durchnässung der Kleider. Unrichtige Ejaculation des Samens beim Coitus (Sterilität), auch Behinderung der Erectio penis. **Therapie:** Bei Eichel- u. vorderer Penis-Hypo- bzw. Epispadie am besten nach Beck Tunnelierung des nicht durchbohrten Eichel- bzw. Penis-Abschnitts, Freiprüparierung der Urethra (cave Gangrän bei wenig mitgenommenem Gewebe!) u. Fixation der Harnröhre an der Spitze durch einige Nähte nach Durchziehung durch Kanal. Bei ausgedehnterem Defekt kompliziertere Methoden erforderlich.

Leser.

**Hysterie.** **Ätiol.:** Endogene Disposition (Vererbung), Auslösung durch heftige Gemütseregungen (oft sexuelle Erlebnisse), Strapazen, schwächende Krankheiten, chronische Giftwirkung. Unfälle mit Nervenschock, Menstruationsstörungen, Schwangerschaft, Klimakterium usw. **Sympt.:** Wesentlich Labilität der Vorstellungen u. Affekte mit gesteigerter Suggestibilität und Einbildungskraft. Beginn meist im 2.—3. Lebensjahrzehnt, doch schon in früher Kindheit möglich (hier oft monosymptomatisch). Mannigfache somatische u. psychische „Stigmata“. a) **Somatisch:** Kopfweh (Clavus, Hemikranie, Hyperästhesie der Kopfhaut), Globus, Rückenschmerz, Mastodynie, Ovarie, Intercostalschmerzen, Hyp- u. Hyperästhesie der Sinnesorgane (konzentrische Gesichtsfeldeinengung, Amaurose usw.). Hautanästhesien in Umgrenzung, die nicht anatomischen Verhältnissen, sondern naiv populärer Anschauung entspricht (Arm, Bein, Körperhälfte usw.). Mannigfache Krämpfe (Wein-, Lach-, Respirations-, Gähn-, Niess-, Schrei- usw.), grosse Anfälle mit Kreisbogen, Umherwerfen, leidenschaftlichen Stellungen. Zittern und Schütteln. Contracturen. Lähmungen (Mono-, Hemi-, Paraplegie). Abasie\* u. Astasie\*. Aphonie (tonlose Sprache), Stottern, Mutismus. Doppelsehen, Harnverhaltung. Erbrechen. Wiederkäuen. Meteorismus. Hyperhidrosis unilateralis. Herzklopfen usw. Rachen- und Conjunctivalreflex

können fehlen, Sehnenreflexe lebhaft sein. b) Psychisch: Reizbarkeit mit weitgehenden Stimmungsschwankungen. Unzuverlässiges Gedächtnis mit Neigung zu lügen, klatschen, intrigieren, Krankheiten vorzutäuschen. Egoismus mit Sucht, Rolle zu spielen, stete Furcht zurückgesetzt zu werden (Beeinträchtigungs- u. Eifersuchtsideen). Auf dem Boden der Hysterie können jederzeit Seelenstörungen sich entwickeln. Am häufigsten 1. kurze (Stunden bis Wochen) dauernde Bewusstseinsstörungen. Anfallsartige Erregungen von Angst (Raptus) oder Wut (Furor). 2. Dämmerzustände (Somnambulismus) mit traumhaft zerstreutem Wesen, Einengung der Auffassung, Störung des Persönlichkeitsbewusstseins (Doppel-Ich), Sinnes-täuschungen, Verfolgungs- u. Grössenideen, Vorbeireden (Nichtwissen alltäglichster Dinge wie Zählen 1—10, Rechnen  $2 \times 2$ , Benennen von Gegenständen; nachher Amnesie. — Nächtliche Dämmerzustände führen zu Schlafwandeln: Noctambulismus. 3. Schlafanfälle (Lethargus): Schlafähnlicher Stupor mit Reaktionslosigkeit gegen äussere Reize, 4. Delirien (theatralische Färbung). Seltener länger dauernde paranoische u. melancholische Krankheitsbilder. — **Prognose** sehr schwankend. Alle Symptome sind aus Vorstellungen geboren (psychogen) u. können durch geeignete Vorstellungen plötzlich beseitigt werden. Disposition bleibt. Intelligenz leidet nicht. **Diff.-Diagnose:** Abgrenzung der somatischen Symptome gegen organische Nervenleiden dadurch erschwert, dass sich mit diesen Hysterie verbinden kann (multiple Sklerose\*, Tumor\*, Lues cerebri\*). Genaue Untersuchung auf Widersprüche im Krankheitsbild (bei Contracturen in Narkose). Bei Epilepsie\* meist schwerere Anfälle (tiefe Bewusstlosigkeit, Einnässen, Zungenbiss), Ausbildung von Demenz. Hier, wie bei manchen Psychosen (Dem. praecox, Melancholie usw.) können hysterische Züge beigemischt sein. Wichtig hysterische Antezedentien in Anamnese, Abhängigkeit der Symptome von Vorgängen der Aussenwelt. Kein Fehlen des Pupillenlichtreflexes (ausser sehr selten auf Höhe des Krampfanfalls). Auch Verschwinden der Kniephänomene\*, Babinskischer Zehenreflex kommen nicht bei reiner Hysterie vor! **Therapie:** Vertrauen gewinnen, aus der krankmachenden Umgebung entfernen, suggestiv beeinflussen, allmählich zur Willensstärke erziehen, nicht hyst. Übertreibung mit Simulation verwechseln, nicht hyst. Wehleidigkeit durch Mitleid u. Polypragmasie vermehren! (Keine überflüssigen Operationen u. gynäkologischen Eingriffe!) Alle Kuren (Elektrisieren, Hydrotherapie, Massage, Gymnastik, Arzneien Hypnose usw.) nur Hilfsmittel. Wertvoll körperliche Kräftigung (Ruhe, gute Ernährung, vorsichtige Abhärtung). Mit Schlafmitteln sparen, eher Brom (Rp. 139) u. Nervina (Rp. 148—150).

Gegen Einzelsymptome bei Kindern u. Ungebildeten hilft oft Überrumpelung (Faradisieren bei Lähmungen; autoritative Versicherung der Heilung); bei Gebildeteren zuverlässiger Aufklärung, dass funktionelles Leiden, Behandlungsplan, Gewinnung zur Mitarbeit. In hartnäckigen Fällen Abschliessen gegen Teilnahme der Aussenwelt u. scheinbare Vernachlässigung der Klagen; erst Bettruhe mit Langweile, dann konsequentes Anhalten zur Beschäftigung (bei Abasie Gehversuche usw.). Krampf- u. Schlafanfalle sind zu coupieren durch Anspritzen mit kaltem Wasser, faradischen Pinsel, feuchte Packung; falls doch immer Wiederholung, Ignorierung. Bei Erregungszuständen Packungen, protrahierte warme Bäder. Bei ihrer Häufung, bei Delirien u. Dämmerzuständen besser methodische Kur in geschlossener Anstalt. — Wichtig Prophylaxe: Vorsichtig abhärtende Erziehung bei Neuropathisch-Disponierten, Entfernung von hyst. Mutter, die infizierend wirkt. Nicht frühzeitiges Wecken der Sexualität (Vorsicht mit Lektüre, Umgang, Vergnügungen), vernunftgemässe Lebensweise. Bei ärztlicher Untersuchung vermeiden, ein Krankheitssymptom zu suggerieren; nie von „Unheilbarkeit“ sprechen! Zu warnen ist vor Freuds sog. Psychoanalyse, die überflüssig u. durch Hinlenken auf sexuelle Gedankengänge direkt gefährlich ist. Cf. traumatische Hysterie.

Raecke.

**Ichthyosis.** *Sympt.:* Bei der mildesten Form an Streckseiten der Extremitäten kleine um Flaumhaare sitzende, auf ihrer Spitze Schuppchen tragende Knötchen (Lichen pilaris). Bei der seit frühester Kindheit über grosse Flächen ausgedehnten Fischschuppenkrankheit ist Haut rauh, stark gefeldert, trocken, mit grossen dicken perlmutterglänzenden Schuppen bedeckt, so dass Bestreichen mit der Hand rauhes unangenehmes Gefühl verursacht (I. simplex s. nitida). Später Haut durch Eigenpigment der Hornschicht schmutziggrün u. ähnelt Eidechsenhaut (I. serpentina). Gelenkbeugen frei; aber im Gesicht u. auf dem Kopfe starke, kleienförmige Abschuppung, häufig geringere Schweissekretion. Bei höchstem Grade (I. hystrix) ausserdem viele papilläre Hauthypertrophien in Form stecknadelkopfgrosser u. etwas grösserer, schmutzig grauer, warzenähnlicher Hornkegel. Beginn intrauterin (I. foetalis) oder im zweiten Lebensjahr; höchster Grad in der Pubertät. Heredität spielt eine Rolle. *Prognose:* Ungünstig, obwohl oft Mauserung im Sommer. *Therapie:* 2 × tgl. Einfetten mit 2 % Resorcin- oder Salicyl- oder 5 % Naphthol- oder 5 % Schwefel-Salben. Bäder. Innerl. Arsen (Rp. 21 ff.), Thyreoideatabletten (Rp. 179 bis 181).

M. Joseph.

**Ikterus gravis.** Wenn Leberfunktionsstörung zu schwerem Ikterus (aus den verschiedenen Ursachen) hinzu-

kommt, tritt Vergiftung mit Stoffwechselprodukten (bes. N-haltige Vorstufen des Harnstoffs) u. resorbierten Darmfäulnisstoffen ein. Dann meist plötzlich schwere nervöse Erscheinungen: heftiger Kopfschmerz, Benommenheit, Delirien, Konvulsionen, maniakalische Zustände, Koma; auch hohes Fieber; in kurzem meist Exitus. Auch leichte nervöse Störungen als Vorboten. Selten Rückgang unter reichlicher Diurese u. Diarrhöen. **Therapie:** Kalomel, Diuretica (Rp. 66 ff.), viel Getränke, Kochsalzinfusionen. Viel Milch, wenig N-haltige Nahrung; sonst symptomatisch. Arneth.

**Ikterus katarrhalis.** *Ätiol.:* Katarrhalische Cholangitis, oft primär (infektiös, auch en- u. epidemisch); sekundär bei Gastroduodenalkatarrh (auch Verschwellung, Schleimverstopfung des Duct. choledochus), bei Infektionskrankheiten, P-, As-, Pb-, Ptomain-Vergiftung (Funktionsstörung der Leberzellen, Paracholie, Gallensekretion im Blut- u. Lymphwege?), bei allgemeiner Stauung (Herz), bei Verstopfung des Choledochus (Ascaris, Distomum, Fremdkörper), bei Druck von aussen (Tumoren, Perihepatitis usw.). *Sympt.:* Gallenrückstauung ins Blut (Serum), Conjunctiven gelb (zuerst; auch allein, wenn ganz kurz), ebenso Schleimhäute (Druck; Gaumen), Haut bes. wo dünner (bis Melanikterus). Gelbe Farbe bei Lampenlicht nicht erkennbar. Hautjucken (Nervenreiz), daher Kratzeffekte (Furunkel, Quaddeln); Urin bis dunkel (bier-)braun, gelber Schaum (schütteln), Gallenfarbstoffproben. Oft etwas Albumen, Nucleoalbumin; Cylinder, bes. hyaline, fast immer. Gelber Schweiß, Gelbsehen, ev. Tag- u. Nachtblindheit. Pulsverlangsamung, unregelmässige Herztätigkeit (Gallensäurewirkung?). Nervensystem (desgl.): Stimmung gedrückt, Schlaflosigkeit, Aufregtheit, bis Psychose. Cholämie: Apathie, Delirien, Konvulsionen, Tobsucht. Hämorrhagische Diathese. Infolge Gallenabsperrung vom Darm: Fettresorption gestört, daher Fettstühle (ton-, lehmfarbig, bis aschgrau glänzend; Fettnadeln, Fettseifen). Verstopfung: Stuhl trocken, bes. übelriechend; Flatulenz (peristaltikanregende u. antiseptische Wirkung der Galle fehlt). Appetenz liegt darnieder (bes. gegen fette Speisen). Ikterusleber (vergrössert; Spannung; Druck etwas schmerzhaft), bei sehr langer Dauer biliäre Cirrhose (Gallenstauung) möglich. Gallenblase ev. zu fühlen, ausdrückbar (therapeutisch). Stärkere Abmagerung, Anämie möglich. Meist kein Fieber. **Diff.-Diagnose:** Wenn länger als 6—8 Wochen, bes. im Alter, an Carcinom\*, Cirrhose\*, Gallensteine\* denken. Aber auch nach Monaten (u. Jahren) noch Rückgang beobachtet. **Therapie:** Schonung, Ruhe. Keine Alcoholica; viel Flüssigkeiten (Durchspülung): leichter Tee, CO<sub>2</sub>- oder alkal. Wasser, Limonaden. Strenge Diät: Milch, ev. abgerahmt, manchmal nicht vertragen;

Obst-, Mehleinlagesuppen; alles Fette meiden; leichte Mehlspeisen, mageres Fleisch, junge zarte Gemüse (Purées bes.); keine Gewürze; gekochtes Obst; Weissbrot. Rp. 153, 154, 156. Grosse (1—2 l) Wasser-Klystiere von 15—22° C empfohlen. Für Stuhl sorgen (Rp. 120, 126, 128). Nüchtern  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Liter Karlsbader Mühlbrunnen (oder mit Salz bereitet, 1—2 Teel.), warm,  $\frac{1}{2}$  Stunde vor Frühstück, ev. auch mittags; langsam trinken. Wenn Cholämie drohend: Laxantien, Diuretica, ev. Kochsalzinfusion. Gegen Hautjucken: Waschung mit Essigwasser; Zitronenscheibenabreibung; Salicyl-, Mentholspiritus (1%), Chloroformöl; Morphium, Chloral; bes. öfteres warmes Bad. Arneth.

**Ikterus infectiosus.** (Weil'sche Krankheit). *Ätiol.*: Infektionskrankheit (B. coli-Gruppe, Proteus?), meist im Sommer, bes. bei Männern. *Sympt.*: Akut Frost, Fieber (ca. 8 Tage, selbst hohes; Krisis, ev. kürzere Lysis), schweres Ergriffensein, in den nächsten Tagen Gelbsucht mit allen Kriterien (Cholangitis). Milztumor häufig, Albuminurie (bis Nephritis), Muskelschmerzen (Waden, Kreuz). Meist Diarrhöen; Nasenbluten, Herpes. — Nachschübe (bis Wochen). Auch leichterer Verlauf. Langsame Rekonvaleszenz. Meist günstiger Ausgang *Therapie*: Bettruhe; Kalomel anfangs; auch Aspirin. Sonst symptomatisch: Priessnitz, Einreibungen gegen Muskelschmerzen, strenge Diät bei Nephritis, andernfalls Diät wie bei Ikterus katarhalis; Stomachica (Rp. 153 ff.); wenn stärkere Diarrhöen, Adstringentien (Rp. 11 ff.). Neuenahrer, Homburger Mineralwasser,  $\frac{1}{4}$  Liter, warm, nüchtern. Arneth.

**Ikterus neonatorum.** Entsteht wahrsch. infolge Übergangs der aus dem Darm resorbierten Galle ins Blut durch den offenen Ductus venosus Arantii. Findet sich bei ca. 80% aller Neugeborenen u. verschwindet nach wenigen Tagen ohne ernstere Bedeutung. *Diff.-Diagnose*: Bei länger als 8—10 Tage bestehendem I. zu denken an 1. angeborene Syphilis mit Leberveränderungen, 2 Pyämie u. Sepsis, deren Teilerscheinung der I. sein kann, u. 3. kongenitale Stenose resp. Fehlen des Choledochus. *Therapie*: Lediglich Überwachung der Verdauung, da leichtere diesbezügl. Störungen beim I. n. beobachtet werden. Hasenknopf.

**Ileus.** Darmverschluss bzw. Behinderung der Darmpassage.

a) **Dynamischer (paralytischer) I.** *Ätiol.*: Lähmung der Darmperistaltik. Bei Peritonitis purulenta\*, chronischer Stuhlverstopfung u. Kotstauung, Hirschsprungscher Krankheit\*; seltener bei intraabdominellen Blutungen (Pankreas), bei Gallen- u. Nierensteinkoliken, auch bei Stieldrehungen abdominaler

Tumoren (Ovarial-, Netz-Geschwülste), also auch reflektorisch verursacht. **Sympt.:** Fehlen von Stuhl- u. Windabgang, dem bald Erbrechen folgt, das unstillbar u. schliesslich kotig wird (Miserere). Doch können geringfügige Mengen von Kot, auch Winde noch abgehen, namentlich nach Klysmaten. Zunehmende Schmerzen u. Meteorismus. Bei eitriger Peritonitis übles Sympt. **Therapie:** Jedenfalls ursächlichen Entzündungsprozess beseitigen, also bei Peritonitis suppurativa sofort Laparotomie. Abführmittel nur ausnahmsweise bei sicher festgestellter Koprostase, sonst eher Morphium bzw. Opium oder Belladonna (Rp. 144). Wichtig wiederholte Magenspülungen. Subcutane Atropininjektionen (Rp. 147) werden gerühmt, auch über Maximaldosis hinaus. Spontane Heilung möglich, wenn ursächliches Moment ausgeschaltet. Bei erheblichem Meteorismus ev. Anus praeternaturalis.

b) **Mechanischer I.** Bei Strangulations-I. stets zuerst genaueste Absuchung der Bruchpforten, weil Hernia incarcerata\* sehr oft Ursache; auch an innere Hernien denken. Ursachen ferner Abklemmung des Darms durch intraabdominalen Strang (Meckels Divertikel, Reste von adhäsiver Peritonitis); spitzwinklige Abknickung durch Narbenzug, Verwachsungen (z. B. am Dickdarm, Flexura linealis), selten Abknickung des Duodenum, wo es unter Mesenterium des Dünndarms hervortritt (Strangulatio duodeno-jegunalis). Volvulus i. e. Achsendrehung des Dickdarms an Flexura sigmoidea (nahe Anheftungspunkte bei relativer Länge der Flexur); auch Knotenbildung zwischen unterem Dünndarm u. Flexura sigmoidea; letztere stets als fixierte Schlinge anzusehen. Obturations-I. relativ selten durch Anfüllung des Darms mit Kot u. Stauung desselben; z. B. bei zirkulärem Tumor, bei Vernarbung des Darmlumens nach ulcerativen Prozessen (Ruhr), bei Gallen- oder Kot-Steinen oder durch Kompression des Darms von aussen durch Geschwülste (Becken) oder endlich durch Invagination, namentlich an der Ileocoecal-Klappe, wobei Coecum die Scheide, Ileum das Invaginatum bildet; weil Mesenterium mit invaginiert, grosse Gefahr baldiger Gangrän; Kindesalter bevorzugt. Selten chronische Invagination. — **Sympt.:** 1. Schmerzen, anfallsweise stärker werdend infolge der Peristaltik, kolikartig, gleichzeitig Blähung u. Steifung des Darms, bei Mageren sicht- u. fühlbar. Ganz analog bei Invagination; hierbei gewöhnlich vorher noch Abgang von Schleim u. Blut, Palpation eines wurstförmigen, mobilen Tumors. 2. Grosse Unruhe des Kranken, kalter Schweiß, Kältegefühl, Todesangst. 3. Zunehmender Meteorismus, wechselnd, je nach Höhe des Hindernisses, bes. stark bei Volvulus u. Invaginatio ileo-coecalis; Bauch fassförmig, Aufblähung zunächst immer am Coecum u. Colon ascendens, weil deren Wand



weniger widerstandsfähig. 4. Aufhören von Wind- u. Stuhl-Abgang; nicht immer bei hochsitzendem Hindernis der Fall; auch bei Invagination (s. o.). 5. Erbrechen, bald unstillbar; je höher das Hindernis, um so früher; bei I. duodeno-jejunalis nur Magenschleim u. Galle; bei Volvulus, also tiefem Verschluss, später einsetzend; nach einiger Zeit auch fäculentes Erbrechen. — Zuweilen Ansammlung von Flüssigkeit in Bauchraum (Ascites). — Je nach Art u. Höhe des Verschlusses verschieden schnelle Abnahme der Herzkraft, Puls klein, frequent; schliesslich Exitus, wenn nicht spontane oder operative Lösung des Verschlusses.

**Diff.-Diagnose:** Dynamischer I. meist bei eitriger Peritonitis, also Fieber u. eitriger Erguss im Bauchraum; oft nicht absoluter Verschluss (Abgang von Winden), Schmerz kontinuierlich, Verlauf meist nicht so stürmisch. Bei mechanischem I. schnellerer Ablauf der Symptome, anfallsweise sich steigende Schmerzen, Darmsteifung (Strangulation), absolutes Aufhören von Wind- u. Kotabgang. Bei Invagination öfters vor völligem Verschluss Abgang von Blut u. Schleim. Palpation eines länglichen wurstförmigen Tumors. — **Prognose:** Ernst; doch spontane Heilung möglich, häufiger bei dynamischem u. Invagination-I.; bei letzterem entweder durch Zurückgehen der Darmschlinge oder durch Gangrän der invaginierten Schlinge u. Verklebung zwischen Anfangsteil derselben u. Scheidenserosa; dann Abgang der gangränösen Schlinge beim Stuhlgang. **Therapie:** Jedenfalls zuerst Magenspülungen u. hohe Einläufe versuchen. Wenn aber nicht sehr bald, spätestens nach 24 Stunden, alarmierende Symptome zurückgegangen, dann ungesäumt operieren. Operation um so aussichtsreicher, je früher, solange noch nicht Gangrän des Darms. Vor Operation Magenspülung; Beckenhochlagerung, Laparotomie, grosser Schnitt, Aufsuchen des Hindernisses. Bei abnormen Strängen (Meckelsches Divertikel usw.) Trennung derselben u. doppelte Ligatur. — Bei Achsendrehung Rückwärtsdrehung. — Bei Knotenbildung Auflösen derselben; nicht immer leicht. Achten auf ev. Gangrän. — Bei Incarceration, je nach Beschaffenheit der Darmschlinge, Lösung u. Reposition, oder Resektion mit folgender zirkulärer Darznaht; bei Zweifel Entero-Enterostomie ober- u. unterhalb u. Abwarten, ob Darm sich erholt. — Bei Obturation Beseitigung des Hindernisses durch Incision (Ileus), Resektion (Tumoren, Strikturen), Exstirpation drückender Geschwülste usw. — Bei Invagination Versuch, das Invaginatum herauszuziehen, nur dann erlaubt, wenn noch nicht Gangrän zu fürchten, also innerhalb der ersten 24 Stunden. Dann Anheftung der herausgezogenen Dickdarmschlinge an Bauchwand mittels einiger Nähte zur Vermeidung eines Rezidivs. Wenn sicher nur Schnürfurche gangränös, dann Übernähen der Serosa. Bei gangränösem oder nur zweifelhaftem

Darm am besten Resektion der kranken Partie u. zirkuläre Darmnaht an gesunder Stelle. Bei Invagination lieber ganzen Darmabschnitt reseziieren als nur invaginierte Partie. — Palliativ bei sehr geschwächten Kranken zunächst Anlage eines Anus praeternaturalis, um die schlimmsten Beschwerden zu beseitigen; erst später, nachdem sich Kranker erholt, Resektion mit folgender Darmnaht.

Leser.

**Impetigo contagiosa.** *Sympt.:* Kleine Tüpfelchen, aus denen bald kleine wässrige Bläschen, gewöhnlich im Gesicht isoliert beginnend, zuweilen aber konfluierend. Im Centrum kleine Delle; Inhalt wird eitrig, Blase erreicht Grösse eines Fünfpennigstückes, nach 2—3 Tagen flache, gelbe, wie aufgeklebte trockne Krusten; nach einigen Tagen nur noch geringe schnell abheilende Rötung. Meist epidemisch bei Kindern im Anschluss an Impfung; auf Erwachsene übertragbar, dann oft in annulärer Ausbreitung mit geringem Jucken. *Diff.-Diagnose:* Bei I. c. bleiben einzelne Pusteln isoliert, beim Ekzem\* fliessen sie zusammen u. es erkrankt eine ganze Fläche katarrhalisch. *Therapie:* Weisse Präcipitatsalbe; oder Aufpinseln von Rp. Sulf. praec. 10,0, Zinci oxyd., Amyl. tritici  $\mathfrak{a}\mathfrak{a}$  20,0, Glycerini, Aq. dest.  $\mathfrak{a}\mathfrak{a}$  ad 100,0. S. zum Umschütteln.

M. Joseph.

**Impetigo herpetiformis.** *Sympt.:* Kreisförmig angeordnete, miliare bis erbsengrosse Pusteln auf geröteter infiltrierter Basis sitzend, an der Peripherie in vielfachen Ringen sich circinär ausbreitend. Während im Centrum die eingetrockneten ohne Narbenbildung abheilenden Borken liegen, erfolgt periphere Ausbreitung der Pusteln u. Borken. Andere Male keine Abheilung, sondern Bildung stark granulierender Flächen mit papillären Wucherungen. Prozess beginnt an Genitalien u. Innenfläche der Schenkel, geht mit schwerem durch Schüttelfröste als septisch gekennzeichneten Fieber einher, erstreckt sich auf Achselhöhlen, Nabel, Mammae, später ganze Körperoberfläche u. Schleimhäute. Bevorzugt Frauen in letzten Monaten der Schwangerschaft; ausnahmsweise bei Männern. *Prognose:* Ungünstig. *Therapie:* Chinin (0,5—1,0), antiseptische Verbände, ev. permanentes Wasserbad.

M. Joseph.

**Impetigo simplex** (Bockhart). *Sympt.:* Stecknadelkopf- bis linsengrosse, von rotem Hofe umgebene, blitzartig aufschliessende, nicht erheblich wachsende Pusteln, die langsam zu gelben Krusten eintrocknen u. kleine Narben hinterlassen. Bevorzugt Extremitäten. Häufiger Übergang in Furunkel. *Therapie:* Wie bei Impetigo contagiosa.

M. Joseph.

**Impotenz.** a) **Impotentia coeundi.** Erektion unmöglich. *Ätiol.:* 1. Lokale organische Prozesse (Kastration oder Atrophic

beider Hoden, Cavernitis gummosa, plastische Induration der Corpora cavernosa penis, sehr grosse Scrotaltumoren); 2. paralytische I. (Gehirn- u. Rückenmarkserkrankungen, Diabetes); 3. psychische I. (bei schweren Neurasthenikern, nach sexuellen Exzessen oder langjähriger Onanie. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens. Bei 3. Yohimbintabletten 3—5 × tgl., Faradisation der Genitalien, kalte Dammuschen, Winternitzsche Kühlsonde, Behandlung der Neurasthenie\*.

b) **Impotentia generandi.** Keine Befruchtung, weil kein Same ausgeschieden wird („Aspermatisimus“, z. B. infolge narbigen Verschlusses der Ductus ejaculatorii) oder in der ejakulierten Flüssigkeit die Spermatozoen fehlen („Azoospermie“, entweder angeboren oder nach schweren Allgemeinerkrankungen). Unheilbar.

M. Joseph.

**Incontinentia alvi.** **Sympt.:** Unfreiwilliger Kotabgang, bisweilen unbewusst bei sonst erhaltenem Bewusstsein, bisweilen mit erhaltener Empfindung, aber vom Willen unbeeinflussbar. Leichter bei dünnem als festem Stuhl eintretend; harte Kotmassen werden auch bei totaler I. a. bisweilen durch Elastizität des Anus zurückgehalten; Obstipation ist mit I. a. wohl vereinbar. Reflektorische Contraction des Sphincter ext. kann erhalten sein (eingeführter Finger wird krampfhaft vom Sphincter umspannt) trotz fehlender willkürlicher Retention. **Ätiol.:** Bei Säuglingen u. schweren Diarrhöen Erwachsener manchmal physiologisch. Stuhlentleerung wird bewirkt durch sympathische u. spinale Zentren (Conus terminalis); vom Willen abhängig ist nur der Sphincter ext. (teilweise) und die die Austreibung unterstützende Bauchpresse. Verlust dieser beiden führt zu einer meist noch reflektorisch geregelten I. a. Zerstörung der Conuscentren erzeugt fast totale I. a., ebenso völlige Leitungsunterbrechung oberhalb. Doch kann durch sympathische Centren auch dann noch unvollkommene Regelung bestehen. I. a. tritt also ausser bei mechanischer Zerstörung des Sphincter (Operationen, Traumata, Geburten) auf bei Querschnittsmyelitis, schwerer Tabes, Tumoren u. Wirbelcaries, häufig bei Koma\* jeder Art, bei manchen Psychosen. **Therapie.:** Behandlung des Grundleidens. Oft unheilbar. Erzielung mässig festen Stuhls, Ausspülungen. Galvanisation u. Faradisation (Rectumelektrode) meist erfolglos.

S. Schoenborn.

**Incontinentia urinae.** **Sympt.:** Dauernde oder periodische, vom Willen unabhängige, obwohl bisweilen gefühlte Blasenentleerung. Blase dabei entweder dauernd leer, nur als Kanal dienend, oder infolge schwacher reflektorischer Anspannung des Sphincter sich teilweise füllend u. periodisch spontan entleerend, oder dauernd gefüllt aber zur spontanen Entleerung

unfähig, so dass nur der Überschuss abträufelt (Ischuria paradoxa). Cf. Blasenlähmung, Dysurie. Trotz I. u. kann gelegentliche spontane Entleerung möglich sein (bei erhaltenem Detrusor u. nicht völlig gelähmtem Sphincter). **Ätiol.:** Theoretisch können Sphincterlähmung wie Detrusorkrampf I. u. machen; häufig liegt aber beides vor. Nur bei Ischuria paradoxa umgekehrt: Detrusorlähmung und Sphincterkrampf (oder mechan. Hindernis) mit „Überlaufen“ der überfüllten Blase. Willkürliche Blaseninnervation: Bauchpresse, Regulierung des Sphincter-tonus. Detrusor wahrscheinlich unabhängig vom Willen. Danach: Sphincterlähmung möglich durch Zerstörung der sacralen Blasencentra und der auf- u. absteigenden Leitungsbahnen; Detrusorkrampf (kaum nachweisbar) desgleichen. Also führt zur Incontinentia urinae Zerstörung sowohl sacraler Centren als der Leitungsbahnen im Rückenmark (bes. der sensiblen); Transversalmyelitis, Wirbelcaries (oberhalb des Conus), Zerstörung des Conus, Tumoren und Herderkrankungen (Sklerose) im Rückenmark; Tabes. Auch mechanische Störungen des Sphincter (schwere Cystitis, Prostatahypertrophie, postpuerperale Störungen) können zur I. u. führen. Häufig vorübergehende Störung bei Koma, Alkoholvergiftung, Hysterie, psychischen Erregungen. Cf. Enuresis. **Prognose:** Auch bei organischen Störungen (Tabes) nicht völlig ungünstig. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens. Galvanisation (vom Lendenmark zur vord. Bauchwand, stabil, 6—8 M.-A., grosse Elektroden); ev. Versuche intraurethraler Faradisation (Sphincter). Strychnin (Rp. 152). Cf. Blasenlähmung, Enuresis, Dysurie.

S. Schoenborn.

**Induziertes Irresein.** Wahnideen (meist bei Paranoia chronica\*) werden durch beständigen nahen Verkehr auf einen Disponierten übertragen, so dass dieser sie für wahr hält u. auch psychisch erkrankt. Meist handelt es sich um Familienmitglieder. Bei rechtzeitiger Trennung Heilung des Zweit-erkrankten.

Raecke.

**Influenza.** **Ätiol.:** Influenzabacillus. Oft Mischinfektion mit Strepto-, Pneumo-, Staphylokokken; durch diese auch allein gleiches Krankheitsbild möglich. Allgemeine Disposition. Sehr contagiös, direkt u. indirekt (Gegenstände usw.). Sporadisch, en- u. epidemisch. Endotoxinwirkung (auf Herz u. Nerven bes.). Gesunde Bacillenträger (im Nasenrachenraum); als solche auch Bronchien- u. Lungenkranke. Leichte u. schwere Epidemien; mehrwöchentliche Dauer; Nachzügler; im Herbst bis Frühjahr meist. Kurze Inkubation (1—3 Tage). **Sympt.:** Prodromal: Allgemeinbefindensstörungen. Meist mit Frost u. Fieber akut beginnend. Je nachdem mehr örtliche Erkrankung oder all-

Spezielle Diagnostik und Therapie.

17

gemein (toxinämisch, septisch) oder gemischt: Symptome verschieden. Bes. gern im Respirationstractus lokalisiert: katarhalische (thoracale) Form. Dann Rhinitis (ev. Stirnhöhlenkatarrh), Conjunctivitis, Blepharitis, Pharyngitis (ev. Tubenkatarrh), Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis mit entsprechenden Symptomen. Auch primäre Bronchitis. Oft katarrhal. u. croupöse Pneumonie (Übergang in Abscess, Gangrän leichter), Pleuritis (oft eitrig). Alles auch primär. Öfter Endo-, Myo-, Perikarditis, funktionelle u. nervöse Störungen der Herztätigkeit. Alle möglichen Komplikationen (Magendarmtractus, Auge, Gehirn u. Rückenmark) gelegentlich beobachtet. Patienten meist sehr geschwächt, hinfällig, schlaflos, auch aufgeregt (bis Delirien) u. umgekehrt. Oft Rekonvaleszenz langsam, erschwert. Verschlechterung von chron. Tuberkulose; auch im Gefolge. Bei gastrointestinaler Form im Vordergrund Magen- u. Darmstörungen (Erbrechen, Durchfall usw.), bei rheumatoider bes. Schmerzen im Kreuz u. in Extremitäten, bei cephaler nervöse Symptome (bis Psychosen, meist rasch vorübergehend). Bes. schwere Infektion bei primärer Influenzapneumonie (Herzschwäche, Delirien; oft Lysis). — Da alle Übergangsformen u. Kombinationen, strenge Scheidung nicht möglich; leichte u. schwere Formen; ganz leichte nur bei Epidemie zu deuten (Fieber kann fehlen). Puls meist immer relativ beschleunigt. Rückfälle, auch Wechsel der Form. **Komplik.:** Siehe oben, Ausserdem (alle auch als Nachkrankheiten ev. wichtig): Neurenosen, Neuralgien (Trigeminus, Ischias), Myelitis, Bulbärparalyse, multiple Sklerose, akute Encephalitis, Furunkulose, Otitiden, Keratitis. Pneumonien bes. gefährlich für ältere, schwächliche, vorher kranke Menschen. Mischinfektionen meist bei bes. schweren und langwierigen Fällen. **Diagnose:** Zur Epidemiezeit leicht; sonst (sporadische, atypische Fälle, Nachzügler) eigentlich nur durch Bacillennachweis, da auch durch andere Bakterien (s. o.) dasselbe Bild möglich. Zu viel Influenzadiagnosen! **Therapie:** Prophylaxe (Sputum, Verkehr) schwer bei der allgemeinen Disposition u. der grossen Verbreitung der Bacillen. Anfangs ev. Kalomel; flüssig-breiige u. leicht verdauliche Kost; gegen Fieber u. Allgemeinerscheinungen bes. Salipyrin, Chinin, Antipyrin, Aspirin, Pyramidon, Chinin (Rp. 37). Gegen Muskelschmerzen Einreibungen (Rp. 44). Auch sonst symptomatisch; keine Bäder u. Übergiessungen wegen des Herzens (ev. sogar Excitantien u. Digitalispräparate nötig). Bronchitis, Pneumonie wie dort. Bei eitrigter Bronchitis: Kreosot, Myrtol (ev. mit Curschmannscher Maske) stundenlang einatmen. Bei erschwelter Rekonvaleszenz, verzögerter Pneumonielösung im Winter an Riviera, auch Hochgebirge (Widerstandsfähigere).

Arneth.

**Insektenstiche.** Am häufigsten Bienen, Wespen, Hornissen. Einzelner Stich ungefährlich. Überfälle von ganzen Schwärmen sind ev. tödlich. *Sympt.:* Meist nur lokal, Entzündung, Rötung, starke Schwellung; aber auch Allgemeinererscheinungen, Pulsbeschleunigung, Ohnmacht u. Kollaps. *Therapie:* Giftstachel extrahieren. Kalte Umschläge, Ammoniak oder Salmiak auftupfen. Dasselbe auch gegen Mückenstiche empfohlen. Cf. Ixodes, Leptus.

Kaposi.

**Intercostal neuralgie.** *Sympt.:* Anhaltende, oft sehr heftige, anfallsweise gesteigerte Schmerzen in einem, häufiger mehreren Intercostalnerven, bes. links. Meist mehrere Druckpunkte im Nervenverlauf: neben der Wirbelsäule, in der Axillarlinie, nahe dem Sternum im entsprechenden Intercostalraum. Haut darüber oft hyperästhetisch; sehr häufig (wohl bei infektiöser Erkrankung der Spinalganglien) dabei Herpes zoster\*. Schmerz strahlt bisweilen aus. *Ätiol.:* Selten echte Neuritis (oft bei Herpes); meist einfache Neuralgie bei Psychopathien (Hysterie), nach Erkältungen, bei Skoliose, Lues, Tuberkulose. *Diagnose:* Gegen Pleuraschmerzen u. hysterische Pseudoneuralgie schwer abzugrenzen; beweisend Druckpunkte. *Prognose:* Stets zweifelhaft; oft unheilbar. *Therapie:* Möglichst ätiologisch! Sonst Galvanisation, Salicylpräparate usw. Cf. Neuralgien. Resektion nicht selten erfolglos.

S. Schoenborn.

**Intertrigo.** *Sympt.:* Wo an zwei aneinanderliegenden Hautflächen Gelegenheit zu reichlicher Schweissbildung u. Zersetzung des Talgdrüsensekretes (Achselhöhlen, Inguinalbeugen, Mammae, Nates), tritt oberflächliche Hautentzündung auf, die leicht in Ekzem\* übergeht. Bläschen, nach deren Platzen Nässen, bei Hinzutritt von Staphylokokken Pusteln, die zu Krusten eintrocknen. *Therapie:* Bei fettleibigen Personen Prophylaxe durch Einpudern oder Einfetten mit 1—2 % Borvaseline, bei Kindern durch häufige Entfernung von Kot u. Urin mit folgender Einölung. Bei ausgebrochener Entzündung ist jedes Waschen zu verbieten; solange Rötung, mehrmals tägl. gründliches Einfetten. Im übrigen s. akutes Ekzem (S. 128). Bei Ekzema rubrum oder squamosum Lotio Zinci (Rp. 209) aufpinseln.

M. Joseph.

**Jodismus.** Durch Jodgebrauch bei dazu disponierten Individuen auftretende Störungen. *Sympt.:* Am häufigsten Schnupfen u. Akne. Ersterer manchmal schon nach kleinen Dosen hochgradig, dabei Stirn-Kopfschmerz; letztere an jeder Körperstelle, geht häufig in Furunkel über. Selten sind Nase u. Augenlider stark angeschwollen, Conjunctiven gerötet, Fieber u. Abgeschlagenheit, Schwellung der Mund- u. Pharynxschleimhaut, sogar Glottisoedem. Auch Purpura, Erythema nodosum,

bullöse, knotige Exantheme (Jododerma tuberosum fungoides), starker Speichelfluss, Parotitis, Thyreoiditis. Gelbfärbung bei Zusatz von Kalomel zum Speichel beweist Anwesenheit von Jodkali im Organismus. **Therapie:** Zur Verhütung ist Jodkali in Milch, Selter oder schleimigen Stoffen zu nehmen oder Rp. 27 mit Zusatz von Extr. Belladonn. 0,1. Ist trotzdem J. eingetreten, dann Rp. Kalii jodati 10,0, Natrii bicarb. 20,0; Extr. Belladonn. 0,2 2—3 × tgl. 1 Teelöffel; oder Antipyrin 2—3 × tgl. 0,5. Wo längere Jodzufuhr erwünscht, ersetzt man Jodkali durch Jodnatrium (10 : 200) oder Sajodin, Jodtropon, Jodglidin 3 × tgl. 1 Tabl.; ev. auch Minimalklystier (10 ccm) einer 5 % Jodkali-lösung bzw. Jodtinktur innerl. 3—10 Tr. in einem Glas Wasser 2—3 × tgl. oder Injektion von Jodipin (Rp. 30). M. Joseph.

**Jodoformvergiftung.** Innerlich u. von Wunden aus. Begünstigend wirken erleichterte Resorption (grosse granulierende Flächen, Schleimhäute) u. erschwerte Ausscheidung (Herz-, Nierenleiden). **Sympt.:** Um betr. Wunde zuweilen Dermatitis. In leichteren Fällen von J. namentlich Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen. In schweren Fällen psychische Störungen (rascher Stimmungswechsel, Erregungszustände bis Tobsucht, auch Depression, Verfolgungswahn, Sinnestäuschungen usw.), zuweilen auch Fieber, Krämpfe, Schlafsucht, ev. Koma, Tod. **Therapie:** Entfernung des Jodoform aus der Wunde, Bestreuen derselben mit Magnesia usta. Innerl. 5—10 % Natrium bicarb.-Lösung. Kochsalzinfusion.

Guttmann.

**Iritis, Iridocyclitis.** a) **Iritis serosa.** **Ätiol.:** Lues, Tuberkulose; idiopathisch. **Sympt.:** Verhältnismässig geringer Reizzustand. Pericorneale Injektion. An der Hinterfläche der Hornhaut grauweiße punktförmige Auflagerungen, nach abwärts an Volumen zunehmend (Präcipitate), leicht rauchige Trübung des Kammerwassers, Vertiefung der vorderen Kammer, Tendenz der Pupille zur Erweiterung u. Starrheit. Oft geringe Steigerung des intraokularen Druckes, die in glaukomatöse Zustände übergehen kann. Augenhintergrundsbild verschleiert. Entsprechend den Trübungen Herabgehen der Sehschärfe. Leicht ziehende Schmerzen im Auge. **Diff.-Diagnose:** Tiefe punktförmige Hornhauttrübungen zeigen nicht die Grössenzunahme nach unten, sind mit Lupe in die Hornhaut selbst zu lokalisieren. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens. Lokal warme Umschläge. Ev. Punktion der vorderen Augenkammer bei Beschlägen. Bei Schmerzen Aspirin.

b) **Iritis plastica.** **Ätiol.:** Lues, Tuberkulose, Metastase von Gonorrhoe u. einer Reihe von Infektionskrankheiten, Gelenkrheumatismus u. Rheumatismus. Folge von Keratitis paren-

chymatosa, Ulcus corneae serpens, tiefer Keratitis, Verletzungen.

**Sympt.:** Starke Reizerscheinungen. Intensive pericorneale Injektion. Kammerwasser rauchig trübe, enthält Fibrinwolken u. -flocken. Iris missfarben, auf der Oberfläche erweiterte u. neugebildete Gefässe. Pupille neigt zur Contraction. Pupillar-exsudat. Hintere Synechien. Exsudation in hintere Kammer. Starke Lichtscheu u. Sinken der Sehschärfe. Ciliare Schmerzen.

**Diff.-Diagnose:** Bei Glaukomanfall harte Spannung des Bulbus, rauchige Trübung der Hornhaut, Mattigkeit der Hornhautoberfläche, Abflachung der vorderen Kammer, Tendenz der Pupille zur Erweiterung. **Komplik.:** Seclusio pupillae (ringförmige hintere Synechie, vordere Kammer von der hinteren abgeschlossen) u. nachfolgendes Sekundärglaukom (Iris mit Pupillar- rand auf der vorderen Linsenkapsel fest verwachsen, in der Peripherie vorgebuckelt). Occlusio pupillae (Pupille durch Exsudatschwarte verschlossen). Kataracta accreta (sekundäre Trübung der Linse infolge ausgedehnter Verwachsung der Kapsel mit der Irishinterfläche). **Therapie:** Pupille durch Atropin weithalten (3 × tgl. je 1—3 Tropfen 1% Lösung; bei Kindern leicht Atropinvergiftung!!). (Ev. Ersatz durch 1% Scopolamin). Feuchte Wärme (Verband oder warme Umschläge). Schmierkur. Schwitzkur. Tuberkulin. Bei öfterem Rezidivieren u. zur Verhütung der Folgezustände der ringförmigen hinteren Synechie Iridektomie.

c) **Iritis purulenta.** **Ätiol.:** Perforierende Verletzungen mit Eindringen von Eitererregern. Metastase einer eitrigen Affektion anderer Körpergegenden (Osteomyelitis, Puerperalerkrankungen usw.). **Sympt.:** Ähnlich der Iritis plastica, nur ist Exsudat eitrig. Meist anschliessend eitrige Chorioiditis, Glaskörperexsudat, Panophthalmie. **Therapie:** Wie bei Iritis plastica. Oft aussichtslos.

d) **Iridocyclitis.** Jede Iritis kann in Iridocyclitis übergehen, wenn Prozess auf Corpus ciliare übergreift. Treten chorioidische Herde hinzu, so spricht man von Iridochoioiditis. **Sympt.:** Hinzutretende Trübung des vorderen Glaskörperabschnittes, Steigerung der spontan einsetzenden Schmerzen, Druckempfindlichkeit des Corpus ciliare bei Abtastung. **Therapie:** Möglichst dauernde Wärme; sonst wie bei Iritis. Narkotica.

e) **Iritis tuberculosa.** Abgesehen davon, dass jede I. serosa u. plastica tuberkulösen Ursprungs sein kann, charakterisiert sich die eigentliche I. tub. durch Sichtbarwerden kleiner miliarer Tuberkelknötchen, vornehmlich im Kammerwinkel u. Irisperipherie. Meist finden sich dabei dicke opake Beschläge an der Hornhauthinterfläche, stets die Kennzeichen der Iritis plastica. Auch kommen Konglomerattuberkel u. leistenförmige Eruptionen vor. **Therapie:** Konsequente Tuberkulin-



kur. Allgemeinbehandlung (cf. Tuberkulose). Lokal wie bei Iritis plastica.

f) **Iritis papulosa.** Im Sekundärstadium der Lues kommt die gewöhnliche Iritis plastica, ausserdem aber eine solche mit Aufschliessen einer Gruppe kleiner graugelber Knötchen am Pupillarrand vor. **Therapie:** Wie bei Iritis plastica. Schmierkur. Salvarsan.

g) **Iritis gummosa.** Grosse Knoten bei tertiärer Lues an beliebigen Stellen der Iris, meist Solitärknoten. **Therapie:** Jodkalium, Schmierkur. Schieck.

### Ischämische Muskel-Lähmungen u. Contracturen.

Reine Muskellähmung infolge anhaltend zu geringer Blutzufuhr (Ischämie). Muskelgewebe zerfällt schollig, an seine Stelle tritt Narbengewebe. **Ätiol.:** Zu feste Verbände, Zerreiſung des ernährenden Gefässes (z. B. A. cubitalis). Zu lange Zeit liegende Esmarchsche Binde oder Fesselung. **Sympt.:** Unter heftigen Schmerzen zunehmende Schwellung u. bläuliche Rötung der nicht im Verband liegenden peripheren Abschnitte (z. B. Finger); Ameisenkriechen in denselben; bald eintretende Contractur; der Muskel fühlt sich starr an (Totenstarre). **Therapie:** Cave zu feste Kontentiv-Verbände. Sofortige Abnahme bei oben skizzierten Symptomen; nur dann Hoffnung auf Besserung mittels Massage, Elektrisieren, orthopädischen Übungen usw. Eingetretene Contracturen nicht mehr zu beseitigen, weil Muskelgewebe verloren, an seine Stelle Narbengewebe getreten. Vielleicht bei partiellen Lähmungen bzw. Contracturen (selten!) Anastomosenbildung mit nicht geschädigten Muskeln. Leser.

**Ischiadicuslähmung.** Totale Lähmung selten; häufig allein Peroneus betroffen. **Ätiol.:** Beckengeschwülste, Traumata (bes. intra partum, Kopf des Kindes bei Beckenenge; auch hier oft nur Peroneus gelähmt). Toxische Neuritis, Injektionen in die Nervenscheide bei Ischias. Zerrung u. Operationen im Kniegelenk, langes Arbeiten in hockender Stellung (Peroneus!). **Sympt.:** Atrophische Lähmung mit EaR der vom Ischiadicus versorgten Muskeln, bes. Peroneusgruppe: Fuss hängt in Varo-Equinusstellung herab, Steppergang. Totale Ischiadicuslähmung (auch der Wade u. der Beuger am Oberschenkel) macht schwere Gehstörung. **Diff.-Diagnose:** Poliomyelitis (cf. Kinderlähmung), progr. spinale u. neurotische Atrophie. **Therapie:** Galvanisation, Arsen (Rp. 21 ff.), Strychnin (Rp. 151, 152), ev. chirurgisch. Cf. Polyneuritis.

S. Schoenborn.

**Ischias.** Häufigste Neuralgie; Grenze zwischen Neuralgie\* u. Neuritis\* hier bes. schwer zu ziehen. **Ätiol.:** Erkältung (Sitzen auf kaltem Stein, durchnässte Beinkleider in

Zugluft usw.), Kontusionen (auch des Gesässes), Kompression (Beckentumoren, Kind bei Geburt), Perimetritis; seltener Alkoholismus, Diabetes mellitus, Gicht (in diesen Fällen oft doppelseitig), Tumoren der Wirbelsäule. **Sympt.:** Meist allmähliche, in Wochen sich steigernde, ziehende, bohrende, reissende Schmerzen genau dem Ischiadiscusverlaufe folgend; oberhalb der Synchronosis sacro-iliaca zum Foramen ischiadicum, Hinterseite des Oberschenkels, in der Kniekehle häufiger zum Peroneus (Fibulaköpfchen, äusserer Knöchel) als Tibialis abschwenkend. Häufig ganzer Nervenverlauf druckempfindlich, bevorzugt Gegend des Foramen ischiadicum, Tuber ischii, Fibulaköpfchen. Parästhesien (bes. im Peroneusgebiet) u. namentlich Hyp- oder Anästhesie sind schon Ausdruck einer Neuritis ischiadica. Schmerzen meist spontan unbedeutend, aber exacerbierend bei Zugluft, Wetterwechsel, allen den Ischiadicus anspannenden oder drückenden Stellungen (Bücken, Sitzen auf harter Unterlage, Kante). Darauf beruht das „Ischiassymptom“ (Lasègue): Erheben des gestreckten Beines des liegenden Kranken bald schmerzhaft, während Erheben des im Knie gebeugten schmerzlos. Bei langem Bestehen der Ischias kann durch Schonung in ihrem Bereich Abmagerung eintreten; frühzeitige Atrophie mit EaR deutet auf Neuritis. Häufig „Skoliosis ischiadica“ der Lendenwirbelsäule, meist konvex nach gesunder, seltener nach kranker Seite (Entstehung zweifelhaft, jedenfalls durch aktive Schonung des schmerzenden Beines). Achillessehnenreflex der kranken Seite fehlt bei neuritischer Neuralgie fast konstant. **Komplik.:** Häufig Lumbago, Schmerz u. Druckpunkte in den Lendenmuskeln der kranken Seite. **Diff.-Diagnose:** Coxitis\* (Schmerzen im Hüftgelenk, vor allem Abduction des Oberschenkels schmerzhaft). Lumbago\* (diffuse Druckpunkte, Fehlen der Nervenzpunkte, s. o.). Plattfuss\*, intermittierendes\* Hinken (Schmerz bes. in Fussohle, fehlende Fusspulse usw.). Achillodynie (Schmerzen nur am Ansatz der Achillessehne), Hysterie. **Prognose:** Häufig einige Wochen, meist Monate dauernd u. schwer heilend; Neigung zu Rezidiven, bes. bei Alkohol, Gicht, Diabetes. **Therapie:** In frischen Fällen Schwitzbad, Aspirin, Blutentziehung, Ableitung mit Jod, Cantharidenpflaster. Später Galvanisation längs des Nerven (absteigend in Stationen), oder Glutaeus-Peroneuspunkt, stabil 6 M.-A., mit mittleren Elektroden, quer durch Hüftgelenk usw. Massage u. Übungen (vorsichtige Dehnung) bei sehr chronischen Fällen. Jodkali, Jod-Bromlösung, kleine Morphiuminjektionen. Lokal: Injektion von Cocain, Alkohol (Vorsicht wegen Lähmungen!), Kochsalzlösung in die Nervenscheide. Badekuren: Gastein, Wildbad, Wiesbaden, Teplitz. Schoenborn.

**Chirurg. Therapie:** In Fällen, welche der inneren Behandlung trotzten, mitunter erfolgreich, entweder die unblutige Dehnung durch maximale Beugung des im Kniegelenk gestreckten Beines oder instrumentelle Dehnung nach blutiger Freilegung des Nerven in der Gesässfalte. Kaposi.

**Ischias antica.** Wenig gebräuchliche Bezeichnung für Neuralgie des Nervus cruralis. **Ätiol.:** Erkältung, Trauma. **Sympt.:** Schmerz längs des Cruralisverlaufs mit Schmerzpunkt in Leistenbeuge; Streckung des Oberschenkels nach hinten schmerzhaft. Charakteristischer Gang in schief nach der kranken Seite vornüber gebückter Haltung. **Komplik.:** Bisweilen mit echter Ischias. **Therapie:** Vgl. Neuralgien\*.

S. Schoenborn.

**Ixodes ricinus.** Der Holzbock verursacht papulöse u. urticariaähnliche Exantheme, nach längerem Aufenthalt in der Haut sogar oberflächliche Geschwüre. Nicht selten bei Leuten, die im Kiefergehölz beschäftigt sind oder sich ausgeruht haben; u. a. häufig am Integumentum penis. **Therapie:** Man legt in Chloroform getränkte Watte einige Zeit auf die Stelle u. zieht den betäubten Holzbock mit Pinzette heraus. M. Joseph.

**Kali chloricum-Vergiftung.** Meist durch innerl. Anwendung, aber auch schon durch konz. Gurgelwässer. Zerstörung der roten Blutkörperchen, Bildung von Methämoglobin. Bei leerem Magen Vergiftungsgefahr grösser! **Sympt.:** Gastroenteritis, Dyspnoe, Cyanose, Herzlähmung. Bei subakutem Verlauf gleiche Erscheinungen, aber weniger stürmisch. Ferner blaugraue Verfärbung der Haut u. Schleimhäute, später auch Ikterus. Harn dunkelbraun (Methämoglobin! auch Hämatin, Albumen, zerstörte Erythrocyten, Cylinder). Oligurie. Urämie. **Therapie:** O-Einatmung, Aderlass, Infusion von physiol. NaCl-Lösung. Excitantien (Rp. 83 ff.), Diuretica (Rp. 66 2stdl. 1 Essl. u. a.). Auch Pilocarpin (Rp. 64). Cave Säuren u. Kohlensäuregetränke! Guttman.

**Karbunkel.** Oft aus Furunkel\* entstehend, indem viele benachbarte Haarbälge gleichzeitig infiziert werden. **Sympt.:** Derbes, hochrotes Infiltrat, von Eiterpröpfen durchsetzt, bis zu Handtellergrösse u. darüber. Nekrose bis auf die Fascie. Oft hohes Fieber, Lymphangitis. Lieblingssitz wie bei Furunkel. Stets Harn auf Zucker untersuchen. **Therapie:** Ausgiebige Incisionen bis ins Gesunde, mindestens Kreuzschnitt, oft sternförmig nötig. Keine feuchten Verbände; Pröpfe nicht ausdrücken oder auslöffeln! Cf. Furunkel, Milzbrand. Kaposi.

**Katarakta acquisita.** **Ätiol.:** Stoffwechselstörungen (Diabetes, Nephritis, Senium). Iritis, Iridocyclitis, Amotio retinae, Glaukom. Verletzungen (stumpfe u. perforierende).

1. **K. juvenilis mollis.** *Sympt.:* Linse grauweiss getrübt, enthält dem Alter entsprechend (bis zum 20.—30. Jahre) noch keinen oder nur kleinen Kern. *Therapie:* Kann bei prompter Projektion (s. u.) jederzeit operiert werden. Wenn noch transparente Stellen in grösserer Ausdehnung, Discission mit Nadel zwecks vollständiger Trübung durch eindringendes Kammerwasser. Linse quillt danach u. aus dem Kapselriss treten gequollene, im Zerfall begriffene Linsenfasern. Setzt dieser Prozess allmählich ein, so kann man Linse spontaner Resorption überlassen. Bei reichlicher Ansammlung quellender Linsenfasern in der vorderen Kammer Gefahr glaukomatöser Drucksteigerung. In solchen Fällen u. zur Beschleunigung der Resorption, schliesst man lineare Extraction der Linsenmassen mittels Lanze (tangentialer Einstich am Limbus) an. Ist K. mollis schon zu Beginn der Behandlung reif, Linearextraction ohne vorangehende Discission.

2. **K. senilis.** *Sympt.:* Bei K. s. incipiens entwickeln sich in vorderer u. hinterer Linsenschicht radiäre (speichenförmige) u. wolkige Trübungen, die bei seitlicher Beleuchtung grauweiss, bei Durchleuchtung mit Augenspiegel schwarz erscheinen. Zwischen den einzelnen Trübungen mehr oder weniger durchsichtige Masse der Rindenschicht, so dass man noch roten Hintergrundreflex, ev. auch unvollkommenes Hintergrundbild erhält. Der Kern (harte Linsenmitte bei älteren Individuen) bleibt unverändert, trübt sich nie mit. Trübt sich die Rindenschicht schnell, dann ist in einem der Reife vorausgehenden Stadium infolge Blähung der Linse die vordere Kammer abgeflacht (K. intumescens). Bei K. s. matura ist vordere Kammer wieder normal tief. Vordere (u. hintere, nicht sichtbare) Rindenschicht bis unter die Kapsel getrübt, so dass im Pupillargebiet gleichmässig grauweisse Fläche sichtbar. Ist noch eine Lage ungetrübtter Rinde vorhanden, so liegt die grauweisse Fläche nicht unmittelbar hinter dem Pupillarrand der Iris, sondern entsprechend tiefer. Linse darf bei Bewegungen des Auges nicht schlottern (man sieht dies an welligem Zittern der Iris), sonst besteht gleichzeitiger Einriss in die Zonula oder Verflüssigung des Glaskörpers. Pupille muss sich bei Belichtung allseitig kontrahieren u. Patient das Licht von allen Seiten wahrnehmen u. richtig lokalisieren (prompte Projektion, cf. Netzhautablösung). *Therapie:* Linsenextraction mittels Lappenschnitts. Schnitt mit dem Schmalmesser  $\frac{1}{3}$  oder  $\frac{1}{2}$  der Hornhautperipherie im Limbus umfassend. Iridektomie oder direkte Eröffnung der vorderen Kapsel ohne solche mit Kapselpinzette resp. Cystitom. Herausstreichen des Kerns samt der getrübtten Rinde. Reposition der Iris.

Eine besondere Form der K. senilis ist die Linsensklerose: Grosser harter braungelber, nur schwer durchleuchtbarer Kern,

in den die ganze Rindenschichte aufgegangen ist (*K. nigra*). Bleibt bei der Operation ein Teil der Rindenschichte zurück oder trüben sich die aufeinandergelegten Kapselblätter, so bildet sich einige Zeit nach Extraktion im Pupillargebiet feines grauweisses Häutchen, der Nachstar (*K. secundaria*), der mittels Discissionsnadel oder Scherenpinzette durchschnitten werden muss, wenn die Korrektion durch das Starglas (von annähernd 11—12 D bei früher emmetropen Auge) eine Sehschärfe unter  $\frac{1}{3}$  bis  $\frac{1}{2}$  ergibt. Wird richtiger Moment der Staroperation versäumt, so bildet sich allmählich die *K. hypermatura* aus. Die getrübe Rindenschichte wird breiig, der Linsenkern verliert in ihr den Halt u. schlottert im Kapselsacke hin u. her; Operation dann wegen Gefahr des Einreissens der gelockerten Zonula u. Hineingleitens der Linse in den Glaskörper schwieriger. Ev. muss die Linse dann mittels dahinter geschobener Drahtschlinge entbunden werden.

3. **K. traumatica.** Entsteht durch Erschütterungen des Auges bei stumpfen Traumen, indem die Kapsel einreisst, oder bei perforierenden Verletzungen durch Verwundung der Kapsel. **Sympt.** u. **Therapie:** Bei jugendlichen Patienten wie bei *K. mollis*, bei älteren wie bei *K. senilis*. Schieck.

**Katarakta congenita. Ätiol.:** Entwicklungshemmungen. Auch die in den ersten Lebensjahren entstehenden gehören dazu. Nicht progressiv.

1. **K. zonularis perinuclearis** (Schichtstar). **Ätiol.:** Infolge vorübergehender Ernährungsstörung (oft Rachitis) trüben sich die gerade zur Ausbildung gelangenden Linsenfäsern. **Sympt.:** In der Linse schalenförmige Trübung zwischen einem durchsichtigen Kern u. peripheren durchsichtigen Linsenfäsern. Herabsetzung der Sehschärfe, je nach Grösse u. Dicke der schalenförmigen Trübung. **Therapie:** Bei kleinen intensiv getrübten Schichtstaren optische Iridektomie (indiziert, wenn ein Vergleich der Sehschärfe bei enger u. erweiterter Pupille eine Differenz zugunsten der Erweiterung erkennen lässt). Grössere u. wolkige Schichtstare werden am besten extrahiert. Man operiert gemeinhin, wenn Sehschärfe auch durch Gläser nicht über 0,3 zu heben ist.

2. **K. fusiformis.** **Sympt.:** Eine getrübe Spindel liegt sagittal in der Linse, mit den Spindelspitzen der Mitte der vorderen u. hinteren Kapsel zugekehrt. **Therapie:** Optische Iridektomie oder Extraktion.

3. **K. punctata.** **Sympt.:** In der Linse regellos verstreut stecknadelkopfgrosse u. kleinere bläulichweisse Pünktchen, manchmal zu Strichen aneinander gereiht. Sehstörung meist gering. Andernfalls Extraktion.

4. **K. polaris anterior.** *Ätiol.:* Länger anhaltende Berührung der vorderen Linsenkapsel mit der Hornhauthinterfläche im fötalen Leben oder (erworben) nach Perforation der Hornhaut u. Aufhebung der vorderen Kammer. *Sympt.:* Der vordere Polarstar ist ein Kapselstar. Vordere Kapsel verdickt, trägt weisse im Niveau der Pupille liegende Auflagerung. Oft entspricht dieser eine davor liegende Hornhauttrübung. Eine Abart ist der vordere Pyramidalstar (Auflagerung in Gestalt eines Kegels). *Therapie:* Bei starker Herabsetzung der Sehschärfe optische Iridektomie oder Linsenextraktion.

5. **K. polaris posterior.** *Ätiol.:* Zu späte oder mangelhafte Zurückbildung der Art. hyaloidea, die man manchmal in ihren Anfängen als gewundenen Strang im Gefäßstrichter der Papille sieht. *Sympt.:* Circumscribte Verdickung u. Auflagerung in der Mitte der hinteren Linsenkapsel. Macht wenig Störung.

6. **K. mollis congenita.** *Sympt.:* Linse mit Ausnahme der Kapsel ganz oder grösstenteils grauweiss getrübt. *Therapie:* Extraktion. Schieck.

**Katatonie.** Unterform der Dementia praecox\*. *Sympt.:* Allmähliche oder schubweise, seltener akute Entwicklung. Im Vordergrunde psychisch bedingte Spannungszustände der Muskulatur (tonische, klonische, choreiforme), Tics, sonderbare Manieren, Grimassen, stereotype, automatenhafte Zwangsbewegungen mit Eindruck des Zwecklosen. Impulsive Handlungen. Wechsel motorischer Unruhe mit stuporöser Hemmung (Flexibilitas cerea, Katalepsie). — Zerfahrenheit des Gedankengangs. Verbigerieren, Sprach- u. Schriftverwirrtheit (sinnloser Inhalt bei erhaltener äusserer Form) oder zusammenhangloser Wortsalat. Triebartiges Widerstreben (Negativismus) neben willenloser Ausführung von Befehlen (Befehlsautomatie), Wiederholung vorgemachter Bewegungen (Echopraxie), Nachplappern (Echolalie). Nur episodisch Bewusstseinstörung, Sinnes-täuschungen, farblose Wahnideen. Kein dauernder Affekt, vorübergehend Angst- oder Wutausbrüche (Suicidgefahr!). Abnahme der geistigen Regsamkeit, Apathie, Gemütsstumpfheit. In  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$  der Fälle Besserung bis Heilung, sonst dauernde geistige Schwäche. Hysterische u. epileptiforme Anfälle kommen vor. Oft Schwinden der Pupillen-Unruhe; ganz selten verzogene und (zeitweise) absolut starre Pupillen. Raecke.

**Kehlkopfgeschwülste, gutartige.** Papillome meist im Kindesalter, multipel, im vorderen Teil der Stimmlippen. Fibrome im mittleren Lebensalter, gewöhnlich einzeln auf oder am Rande der Stimmlippe gestielt oder breitbasig, oft blaurot durch Blutstauung gefärbt, stecknadelkopf- bis bohngross.

Sänger- oder Stimmbandknötchen (cystisch erweiterte kleine Schleimdrüsen), im vorderen Drittel der Stimmlippen meist beiderseitig. Retentionscysten, meist am Kehlkopfeingang (Epiglottis, aryepiglottischen Falten). Selten sind Adenome, Lipome, Myxome, Angiome, Ecchondrome. Stets männliches Geschlecht mehr disponiert. *Ätiol.*: Unsicher; chronische Katarrhe (?), wahrscheinlicher berufliche Anstrengung oder Missbrauch der Stimme bei Lehrern, Predigern, Sängern usw. *Sympt.*: Je nach Sitz, Grösse u. Gestaltung verschieden. Am häufigsten Rauigkeit der Stimme bis völlige Heiserkeit, mitunter Diphthongie (s. o.). Wenn Tumor gestielt u. beweglich, auch Wechsel zwischen klarer Stimme u. Heiserkeit je nach momentaner Lage zur Stimmritze. Atmungsbehinderung im ganzen selten, entweder andauernd durch Grösse der Geschwulst bzw. Vielheit derselben (Papillome der Kinder), oder zeitweise, plötzlich durch Einatmen einer gestielten Geschwulst in die Stimmritze; oft sofortige Behebung dieser Erstickungsanfälle durch Herausschleudern der Geschwulst aus der Stimmritze durch Expiration. Schluckstörungen mitunter bei Tumoren des Kehlkopfeingangs. Räusperreiz, Husten, Gefühl von anhaftendem Schleim im Halse u. unbestimmter Reiz. *Komplik.*: Chronische Laryngitis, Reizzustände des Kehlkopfs (oft auch umgekehrt der Tumor Folge dieser Affektionen). *Diff.-Diagnose*: Tumorartige Formen der Tuberkulose oder Lues (allgemeine Untersuchung, spezifische Reaktionen usw.). Kehlkopfkrebs (s. d.). Unerlässlich ist histologische Untersuchung herausgenommener Geschwulstteile. *Therapie*: Endolaryngeale Entfernung der Geschwulst nach vollständiger Cocainisierung des Kehlkopfs mittels geeigneter laryngologischer Instrumente unter Leitung des Kehlkopfspiegels. Bei kleineren Kindern auch unter direkter Besichtigung des Larynx im Tracheoskop ev. mit Allgemeinnarkose. Bei stärkerer Dyspnoe oder Erstickungsanfällen Tracheotomie. Auch ohne Carcinomverdacht stets histologische Untersuchung des Herausgenommenen ratsam. Max Senator.

**Kehlkopfkrebs.** Vorwiegend bei Männern in der zweiten Lebenshälfte. Primär im Kehlkopffinnern, vorwiegend an Stimmlippen, diffus oder anfangs auch als Einzelgeschwulst. Sekundär per continuitatem auf den Kehlkopfeingang (Epiglottis, aryepiglottische Falten) fortgeleitete Carcinome der Nachbarschaft (Zungengrund, Pharynx), ausgezeichnet durch frühen Zerfall. *Ätiol.*: Sehr unsicher, anhaltende Einwirkung schädlicher Reize (?), Anstrengung oder unrichtiger Gebrauch der Stimme bei Berufsrednern, wie Schauspieler, Lehrer, Prediger usw. (?). (Vielleicht auch nur als lokal disponierende Momente bei sonstiger allgemeiner Veranlagung aufzufassen.) *Sympt.*: Rauigkeit u. Heiserkeit der Stimme in der grössten Mehrzahl, da ja häufig-

ster Sitz an Stimmlippen. Schluckschmerzen beim Zerfall, bes. stark u. frühzeitig bei sekundären Carcinomen des Kehlkopfeingangs. Spontaner Schmerz ausstrahlender Art selten, meist erst später u. uncharakteristisch. Atmungsstörung durch Grösse der Geschwulst oder Bewegungsbehinderung der Glottisöffner, auch Oedem, Perichondritis usw. Husten erst in späteren Ulcerationsstadien, desgl. Blutungen u. Foetor ex ore. Allgemeine Kachexie erst spät durch Ernährungsstörungen bei Dysphagie. Laryngoskopisch: Abgesehen von der als Einzelgeschwulst beginnenden Form, diffuse Verdickung bis Schwellung mit unregelmässiger, unebener Oberfläche ohne scharfe Grenze gegen die Umgebung, vielmehr dieselbe mitergreifend; massiges Emporwachsen aus der Tiefe; meist auf dem hinteren Abschnitt eines oder beider Stimmbänder. In vorgeschrittenerem Stadium an den erkrankten Stellen keine Einzelheiten mehr erkennbar, sondern alles in diffuse Geschwulst verwandelt. Schon früh erhebliche Bewegungsstörungen wegen ausgedehnter, tiefgreifender Infiltration. In späteren Stadien zerfallene, ulcerierende Stellen in den ergriffenen Teilen. **Komplik.:** Lymphdrüseninfiltration des Halses bei primärem Kehlkopfkrebs erst spät, dagegen früh bei sekundärem. Mitbeteiligung u. Zerstörung benachbarter Organe. Metastasen entfernterer Organe selten u. spät. Glottis-oedem\*, Schluckpneumonie, Lungenabscess oder Gangrän, Eiterenkungen. **Diff.-Diagnose:** Bei gutartigen Kehlkopfgeschwülsten (s. d.) circumscriptes Auftreten u. gute Beweglichkeit; auch Alter des Patienten von Wichtigkeit. Pachydermie\* (meist an beiden Stimmlippen, während beginnendes Carcinom einseitig). Lues, spez. Gummata, oft makroskopisch nicht zu unterscheiden, daher stets probatorisch Jodkali oder Jodnatrium (Rp. 27); hierbei kommt häufig, auch bei Carcinom, in den ersten Tagen infolge von Flüssigkeitsentziehung ein Schrumpfen des Tumor vor, daher nur wirklich fortschreitende deutliche Resorption für Gumma beweisend, ferner Spirochätenbefund u. Wassermannsche Reaktion. Kehlkopftuberkulose in ulcerierendem Stadium eigentlich immer mit Lungentuberkulose (Tuberkelbacillen, Ophthalm- oder Pirquetreaktion) verbunden. Stets histologische Untersuchung excidierter Tumorstücke (nicht etwa aus der Nachbarschaft) möglichst aus dem Tumorinnern unumgänglich baldmöglichst erforderlich. **Therapie:** Endolaryngeale Abtragung auch bei circumscripter Form zu unterlassen, da man nicht weiss, wieweit in die Tiefe gewuchert; vielmehr von aussen auf grosschirurgischem Wege weitgehendste Entfernung der ergriffenen Partien oder des Kehlkopfs selbst (im Anfang mitunter nur einer Hälfte) u. aller miterkrankter Nachbarorgane wie Pharynx, Vena jugularis usw. Vorher Querdurchschneidung der Trachea u. Herausräumen des unteren Trachealstumpfes aus dem Halse



zur Vermeidung von Aspirationspneumonien. Für mitentfernten Pharynx u. Oesophagusteil Ersatz durch Prothesen, die erfahrungsgemäss das Schlucken nicht hindern. Die fehlende Sprache pflegen die Patienten durch Schreiben oder Zeichenabgabe, auch Lippenlaute zu ersetzen; Kehlkopfprothesen haben sich im allgemeinen nicht bewährt u. sind den Patienten oft unerträglich.

Max Senator.

**Kehlkopfstenose.** *Ätiol.:* Verletzungen von aussen, wie Kontusionen, Strangulationen, die zu Knochenbrüchen, Blutunterlaufungen, auch Oedem des Larynxinnern führen. Verbrennungen oder Verätzungen durch Eindringen heisser Dämpfe oder kaustischer Flüssigkeiten. Hineingeraten grösserer Fremdkörper. Ferner, mehr chronischer Natur, Kompression durch Tumor der Nachbarschaft (Struma). Perichondritische Schwellungen. Granulationen, Tumoren, Ulcerationen, Sklerom. Narbenbildung (Lues; cf. Kehlkopfsyphilis). Lähmungen der Glottisöffner (doppelseitige Posticusparese). *Sympt.:* Bei akutem Entstehen plötzliche Atembehinderung bis Erstickungsanfall; bei allmählichem Entstehen mehr minder schnelle Ausbildung der charakteristischen laryngealen Dyspnoe (tönende tiefe Inspirationsversuche, Auf- u. Abwärtsbewegungen des Kehlkopfs). Stridor. *Komplik.:* Oft Mitbeteiligung des Anfangsteils der Trachea infolge gleicher Ursache. *Therapie.:* Ev. Behebung der veranlassenden Momente; wenn möglich operativ, sonst mechanische Dehnung u. Erweiterung der verengenden Stelle mittels Intubierung oder Bougierung nach Schrötter, O'Dwyer u. a. Bei Erstickungsgefahr oder Atemnot Tracheotomie, danach Bougierung usw. der Stenose durch Schröttersche u. ähnliche Zinnbolzen.

Max Senator.

**Kehlkopfsyphilis.** *Ätiol.:* Allgemeininfektion. *Sympt.:* Sämtliche Formen der Lues aller Stadien, einfache Rötung (Erythema syphiliticum), breite Condylome (selten), flache Ulcera, Gummata mit geschwürigem rundem, speckig-belegtem, tiefem Zerfall, Perichondritis mit Knorpelnekrosen, Zerstörungen einzelner Kehlkopfteile (Epiglottis, Ringknorpelplatte), Narbenbildung mit ausgedehnten Verwachsungen, wie zwischen Epiglottis u. Zungengrund oder beider Stimmbänder untereinander (sog. Diaphragmabildung, d. h. lange bandartige Narbenmembran mit oft nur erstaunlich kleiner Öffnung). Jede Partie des Larynx kann befallen sein. Häufig auch Übergreifen syphilitischer Prozesse vom benachbarten Zungengrund oder Pharynx auf Kehlkopfeingang. Rauhe Stimme bis Heiserkeit, Schluckbeschwerden oft mit ausstrahlendem Schmerz (nach dem Ohre), Atembehinderung, Verschlucken, Hustenreiz, Aushusten von Blut u. eitrigem Sekret. *Diff.-Diagnose:* Spirochätenbefund,

Wassermannsche Reaktion, Wirkung spezifischer Therapie, Allgemeinuntersuchung. Tuberkulose, bes. ulceröse Form (Ulcera mehr flach, zerklüftete Ränder, Knötchen auf dem Geschwürsgrunde, meist gleichzeitig Lungentuberkulose; Tuberkelbacillen; Ophthalmo-, Pirquetreaktion; aber auch gleichzeitig Syphilis u. Tuberkulose, sog. Mischformen). Carcinom (s. Kehlkopfkrebs), Lupus, Pachydermie\*, Sklerom\*. **Komplik.:** Syphilitische Ulceration im Nasenrachen, daher stets Rhinoscopia posterior; Kehlkopfstenose\* infolge von Perichondritis, Narbenmembranen, Gummata mit Atemnot. Sonstige Erscheinungen der Syphilis an anderen Körperteilen. Glottisoedem\*. **Therapie:** Allgemeinbehandlung, reizlose Diät, keine Alkoholica, keine sauren oder gewürzten Speisen, nicht rauchen, bei Schluckbeschwerden weiche oder ausschliesslich flüssige Nahrung. Lokal unter Leitung des Kehlkopfspiegels Pinselungen mit Lugolscher oder ähnlicher Lösung (Rp. 190—192). Ätzung mit Chromsäure in Substanz an Sonde angeschmolzen oder in konz. Lösung. Streupulver (Rp. 4). Bei Narbenbildung, wenn erforderlich, Dilatation (s. Kehlkopfstenose), bei hochgradiger, plötzlicher Atemnot (Perichondritis, Oedem) ev. Tracheotomie. Max Senator.

**Kehlkopftuberkulose.** *Ätiol.:* Lungentuberkulose; sehr selten primär. *Sympt.:* Schleimhaut meist blass anämisch. Anfangs mitunter umschriebener sog. tuberkulöser Larynx tumor, im Aussehen dem Fibrom ähnelnd (histologische Untersuchung). Infiltrationen der Hinterwand (Verdickung, Fältelung), der Stimmbänder (im Beginn meist nur eins befallen, was stets sehr suspekt; walzenförmig abgerundeter Rand statt des scharfen, entzündete Oberfläche), der Taschenfalten (unebene, höckrige Oberfläche, circumscripte oder totale Volumszunahme mit verschieden starker Verdeckung der darunter gelegenen Stimmlippen), der Epiglottis (starrer kaum beweglicher, blassroter, vergrößerter Wulst), des Ventriculus Morgagni (prolapsartige Hervorwulstung). Oft schimmern in den infiltrierten Partien durch das Epithel Tuberkelknötchen oder Geschwüre hindurch. Zerfall der infiltrierten Teile zu flacher, gezackter, mit Knötchen versehener Ulcerierung, wie Ulcus interarytaenoideum der Hinterwand (oft so versteckt, dass es nur am stehenden Patienten bei vornüber geneigtem Kopf im Kehlkopfspiegel sichtbar, sog. Killiansche Untersuchung), ulcerierte Stimmbandränder (oft sehr fein, sägeförmiges Aussehen), auch schmales Längsulcus einer Stimmlippe, so dass sie wie längsgespalten oder verdoppelt aussieht; nach u. nach mehr minder eingreifende geschwürige Zerstörung der befallenen Teile, wie Stimmlippen, Taschenfalten, Epiglottis usw. Beim Vordringen in die Tiefe Perichondritis\* mit tiefen Knorpelulcerationen u. nekrotischem Verlust einzelner Knorpel, so vorzugsweise am Aryknorpel (anfangs stark ent-

zündliche Schwellung der Gelenkgegend mit Verdickung des benachbarten Stimmlippenstückes, Unbeweglichkeit der Stimmlippe wegen Gelenkfixierung, eitrig-eitrige Geschwürsbildung), ferner des Epiglottisknorpels. Heiserkeit, infolge ungenügender Funktion der erkrankten Stimmlippen, so dass öfters Taschenfalten vikariierend sich schliessen, Husten, Kitzelgefühl, Schluckbeschwerden, die sich später zu den heftigsten ins Ohr ausstrahlenden Schluckschmerzen steigern können, so dass schliesslich Schluckakt fast unmöglich u. stärkste Inanition. In vorgeschrittenen Stadien Atembehinderung bis ausgesprochene Dyspnoe (bzw. Verschlimmerung einer schon bestehenden pulmonalen). Zäh-schleimige bis eitrig-eitrige Sekretion. Fieber, Nachtschweisse, Gewichtsabnahme, Macies, Kachexie. Mitunter charakteristischer faulig-süsslicher Foetor ex ore (bes. bei beginnendem Zerfall). **Diff.-Diagnose:** Stets allgemeine Untersuchung, bes. der Lungen, Tuberkelbacillen im Sputum. Histologische Untersuchung von Probestücken. Tuberkulinproben (cf. Lungentuberkulose). Kehlkopfsyphilis\* (bei dieser scharfrandige, tiefe, speckig-belegte Ulcera mit stärkerer Umgebungsreaktion u. ausgedehnter Narbenbildung, häufig gemeinsam Kehlkopfsyphilis u. -tuberkulose, meist bei tuberkulös gewordenen Luetikern). Lupus\* (meist Mitbeteiligung der Epidermis, schmerzloser, langsamer Verlauf, vorwiegend Sitz am Kehlkopfeingang), Kehlkopfkrebs\*, Pachydermie\*. **Komplik.:** Tuberkulöse Affektion anderer Organe, vorzugsweise der Mund-Rachenhöhle sub finem vitae. Angina tuberculosa, Glottisoedem, Kehlkopfstenose. Sämtliche Komplikationen der fast stets gleichzeitig bestehenden Lungentuberkulose\*. **Therapie:** Gesamte Allgemeintherapie der Tuberkulose, wie hygienisch-diätetische Massnahmen, Kur u. Sanatoriumsaufenthalt, Tuberkulinkuren, Roborantien. Kreosot (Sommerbrodtsche Kapseln), Guajacol, Kreosotal, neuerdings Jodkali (Rp. 27) empfohlen. Gegen Husten Expectorantia (Rp. 89—97); bei starkem Reiz u. Schluckbeschwerden Narcotica, vorzugsweise Morphinum (cave in Anfangsstadien Gewöhnung! Rp. 131—136). Gegen Schluckbeschwerden vor den Mahlzeiten Cocainisierung, ferner Eispielen, Schlundsonde, neuerdings Unterbrechung der Schmerzleitung durch Alkoholinjektionen in den Nervus laryngeus superior. Bei Fieber Antipyretica (Rp. 37). Lokal stets unter Leitung des Kehlkopfspiegels Streupulver (Rp. 4—6), Einspritzen von Menthol 1,0, Ol. Olivar 10,0. Bei Ulcerationen Bepinseln der Geschwüre mit Sol. acid. lactic. 30—80 % nach vorheriger Cocainisierung des Kehlkopfes, Auskratzen bzw. Entfernung derselben mit scharfen Curetten; letzteres ebenfalls bei Infiltrationen. Amputation der ulcerierten Epiglottis. Galvanokaustik in Form des sog. Tiefenstiches mit Spitzbrenner oder Flächenverschörfung mit Flach-

brenner (namentlich bei Ulcerationen). Bei Stenoseerscheinungen Tracheotomie, auch zur Ruhigstellung (durch Ausschaltung der Kehlkopf-atmung) des Larynx bei geringer Lungen- bzw. Allgemeinerkrankung empfohlen. Auch bei gutem Kräftezustand chirurgische äussere Eingriffe wie Laryngofissur (Thyreotomie) mit Ausräumung der inneren erkrankten Teile. Sonst Ruhigstellung des Kehlkopfs durch Schweigekur (vorzugsweise für Anstaltsaufenthalt geeignet), flüssige oder weiche Diät bes. bei Schlingbeschwerden. Im Beginn Spontanheilungen namentlich bei Fernhalten von Schädlichkeiten u. geeigneten Allgemeinmassnahmen nicht ausgeschlossen. Sehr ungünstige oft letale Beeinflussung durch Schwangerschaft bzw. Geburt. Cf. Tuberkulose u. Schwangerschaft.

Max Senator.

**Keilbeinhöhleneiterung.** Akut u. chronisch, meist zugleich mit Eiterung der hinteren Siebbeinzellen\*, sowie anderer Nebenhöhlen. *Ätiol.:* Starker Schnupfen, Influenza, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipel, Infektion durch andere Nebenhöhleneiterungen, namentlich bei chronischen Fällen (sog. sinusitis e sinuitide). *Sympt.:* Eiter oder bei dessen Eintrocknung Borken- u. Krustenbildung der Nase zwischen mittlerer Muschel u. Nasenscheidewand, sowie (oft auch gleichzeitig) im Nasenrachen, vornehmlich am Rachendach, mitunter die hintere Rachenwand mit Sekretkrusten auskleidend. Bei (vorwiegend) einseitiger Erkrankung Eiterbildung nur einer Nasenhälfte (was stets für Nebenhöhleneiterung sehr verdächtig). Polypen der Nase bei chronischen Eiterungen sehr häufig, desgleichen entzündliche Schleimhautschwellungen. Mitunter kein Eiter oder Borken usw. sichtbar, sondern erst nach Cocainisierung oder probeweiser Sondierung oder Spülung der Keilbeinhöhle wahrnehmbar (latente oder geschlossene Eiterung). Bei Röntgendurchleuchtung Verschleierung der erkrankten Höhle (sehr unsicher; nur in Verbindung mit sonstigem Befund, nie allein zu bewerten). Patient empfindet häufig selbst üblen, fauligen Geruch in seiner Nase, der für andere meist nicht wahrnehmbar. Störungen des Schmeckens u. Riechens. Mitunter dumpfer Kopfschmerz zwischen u. hinter den Augen, Abspannung, Arbeitsunfähigkeit, bei akuter Erkrankung auch Schlaflosigkeit. *Komplik.:* Infektion anderer Nebenhöhlen. Nasenpolypen\*, Magenstörungen durch verschluckten Eiter. Augenschädigungen, wie Gesichtsfeldeinschränkungen, Sehnervenzündungen bzw. -Atrophien, Orbitalabszesse, Gehirnabszesse, Meningitis, Septicopyämien (kryptogenetische, oft K. als Ursache nicht erkannt). *Diff.-Diagnose:* Unterscheidung zwischen Eiterung der Keilbeinhöhle oder anderer Nasennebenhöhlen bzw. deren Kombinationen. Bei Borkenbildung (namentlich doppelseitiger) Ozaena\*, Nasensyphilis. Fremdkörper, Geschwülste (Röntgen-

Spezielle Diagnostik und Therapie.

18

bild). **Therapie:** Bei akuten Eiterungen (Schnupfen, Influenza) Ruhe in oder ausser Bett, feuchtwarme Stirnumschläge; Antipyretica (Rp. 37). Lokal Cocain, am besten mit Zerstäuber in erkrankte Nasenseite zur Anschwellung der Schleimhaut u. freieren Eiterentleerung einspritzen. Rp. Acid. boric. 2,0, Cocain muriat 0,2 (—0,4), Suprarenin (Adrenalin, Paranephrin)gtt. XXX, Aq. destillat. ad 200,0. S. 2 stdl. bis zur leichten Benetzung der Schleimhaut einzusprayen. Bei dauernder Eiterverhaltung Abtragung etwaiger Schleimhautschwellungen, vorzugsweise des hinteren Endes der mittleren Nasenmuschel. Letzteres mehr bei chronischen Eiterungen erforderlich. Bei diesen auch Eiterentleerung durch Spülungen der Keilbeinhöhle mit geeigneten Kanülen (Wasserstoffsuperoxyd 1 Teelöffel auf  $\frac{1}{2}$  l lauwarmen Wasser, Borsäurelösung 2 %, Kali hypermanganicum in Rosafärbung, alles lauwarm). Wenn erforderlich instrumentelle Erweiterung der natürlichen Öffnung u. operative Ausräumung der Höhle. In schwersten Fällen (mit Komplikationen) breite Eröffnung der Höhle intranasal oder von aussen, namentlich bei Miterkrankung des Siebbeines. Bei gleichzeitiger Erkrankung anderer Nasennebenhöhlen kombinierte medikamentöse oder chirurgische Behandlung.

Max Senator.

**Keloid.** Selten spontan, öfter nach Verletzungen entstehende, wulstartige fibromatöse Veränderung von Narben. Am häufigsten aus Verbrennungs- oder Impfnarben, Ohrläppchenstiche u. a. Spontan öfter auf der Brusthaut. Hier manchmal mehrere parallel angeordnete, rote, schmerzlose, sehr derb sich anfühlende Narben. **Therapie:** Fast nach allen Excisionen, selbst wenn sofort auf die Wunde transplantiert wird, entstehen Rezidive. Mitunter Besserungen nach Einspritzung von Thiosinamin oder Fibrolysin (Rp. 184).

Kaposi.

**Keratitis parenchymatosa.** *Ätiol.:* Lues congenita u. acquisita, Tuberkulose. Hutchinsons Symptomentrias (Keratitis parenchymatosa, Schmelzdefekte an Schneidezähnen, Schwerhörigkeit) für Lues congenita typisch. *Sympt.:* In der Regel beide Augen befallen (nicht immer gleichzeitig). Beginn mit pericornealer Injektion, wolkigen u. punktförmigen Trübungen in mittleren u. tiefen Hornhautschichten, vom Limbus allseitig oder zungenförmig nach Hornhautmitte ziehend. Hornhautoberfläche über den getrübten Partien matt. Allmählich ganze Hornhaut trübe unter Neubildung tiefliegender büschelförmiger dichotomisch verzweigter Gefässe, die nicht anastomosieren. Iris stets mitbeteiligt, missfarben; Neigung zu Pupillarexsudat u. hinteren Synechien (Iritis plastica). Nach Wochen oder Monaten hellt sich Hornhaut vom Rande her wieder auf, die Gefässe bilden sich zurück. Es bleiben mehr oder weniger

dichte wolkige Maculae in den tiefen Schichten. Subjektiv: Lichtscheu, Sehstörung, Ciliarschmerzen. **Komplik.:** Iritis tuberculosa mit Knötchenbildung, Seclusio pupillae, Chorioiditis. Glaskörpertrübungen. **Diff.-Diagnose:** Pannusgefäße oberflächlich, auf Conjunctiva zu verfolgen, anastomosieren. Rauchige Hornhauttrübung bei akutem Glaukom (s. d.) nicht mit Gefäßneubildung kompliziert, entwickelt sich rasch im Anfalle, geht nach dessen Ablauf zurück; Pupille weit, vordere Kammer eng, Tonus erhöht. **Therapie:** Feuchte Wärme, Pupille durch Atropin weit halten. Schmierkur, ev. Tuberkulinkur bzw. Allgemeinbehandlung (cf. Lungentuberkulose). Im Stadium der Rückbildung Massage mit 1 % Cocainsalbe, später 1 % gelber Augensalbe (nach Schwinden der Reizerscheinungen zur Aufhellung hinterlassener Trübungen).  
Schieck.

**Keratoma hereditarium.** Eine mitunter enorme, auf Fussohlen u. Handteller beschränkte Verdickung der Hornschicht, hereditär durch mehrere Generationen. Beginnt schon in den ersten Lebenswochen oder am Ende des ersten Jahres. Oft in der Umgebung der Schwielen Rötung, in der Mitte starke Rhagaden; nach langem Bestande Verkürzung u. Schwebbeweglichkeit der Finger; häufig Verschlimerung im Winter. **Therapie:** Durch 30—50 %ige Salicylsäurepflastermull Besserung; Heilung abgeschlossen.  
M. Joseph.

**Keratoma senile.** Aus unbekannter Ursache starke Hornschichtverdickungen bes. an Füßen u. Händen. Da hierbei die Haut platzt, starke Beschwerden. Auftreten meist symmetrisch u. häufig mit Ekzemen kompliziert. **Therapie:** 10 bis 30 %ige Salicylsäurepflastermull, 5—10 % Resorcin oder Naphtholsalben.  
M. Joseph.

**Keuchhusten.** **Ätiol.:** Übertragung direkt von Mensch zu Mensch durch Anhusten. Inkubation durchschnittlich 5 bis 8 Tage. **Sympt.:** Nach 14 tägigem Stadium katarrhale beginnen die eigentlichen Anfälle: Krampfhaft rasch hintereinander folgende Expirations-(Husten)Stösse, dazwischen spärliche krähende Inspirationen (Reprise). Hervorwürgen zähen glasigen Schleims. Durch Stauung Gesicht gedunsen, an Lidern subconjunctivale Blutungen. Zungenbändchengeschwür. Dauer des Stad. convulsivum Wochen u. Monate. Danach Abklingen und Übergang zur Rekonvaleszenz. Fieber nur durch **Komplik.:** Capillärbronchitis u. Pneumonie treten meist im Stad. convuls. hinzu. Krämpfe schliessen sich oft an schwere Hustenanfälle an. Scrofulose u. Tuberkulose (bes. der Bronchialdrüsen). Nicht selten Morbillen u. Varicellen. **Therapie:** Bettruhe nur wenn Fieber vorhanden, viel Aufenthalt in frischer Luft, in der rauhen Jahreszeit Zweizimmerbehandlung. Ein Ortswechsel

bewirkt nur Verschleppung der Krankheit! Nahrung wie gewöhnlich. Spezifische Mittel gibt es nicht. Am besten noch Narkotica, z. B. Codein (0,01—0,02 pro die) oder Rp. Inf. rad. Ipecac. 0,5/180,0, Extr. Bellad. 0,1, Natr. brom. 8,0—10,0 Sir. simpl. ad 200,0, S. 4—5 × tgl. 1 Teelöffel. Behandlung der Komplikationen.

Hasenknopf.

**Kieferhöhleneiterung.** Akut u. chronisch, häufig zugleich mit anderen Nebenhöhleneiterungen. *Ätiol.:* Wurzel-eiterungen der oberen Prämolard- u. vorderen Molardzähne mit Durchbruch in die Kieferhöhle, deren untere trennende Knochenwand oft nur papierdünn (bei dentalem Ursprung Prognose gewöhnlich sehr günstig). Schnupfen, Influenza, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipel. Infektion von anderen Nebenhöhlen her selten, da meist Kieferhöhleneiterung primär u. von hier die anderen Infektionen ausgehen. *Sympt.:* Eiter im mittleren Nasengang unter der mittleren Muschel hervorquellend, auch in Borken oder Krusten eingetrocknet, seltner im Nasenrachen. Bei (meist) einseitiger Erkrankung Eiteransammlung oder -Abfluss bzw. Krustenbildung einer Nasenhälfte (stets sehr suspekt für Nebenhöhleneiterung). Polypenbildungen u. entzündliche Schleimhautschwellungen bei chronischen Eiterungen sehr häufig. Mitunter Eiter erst nach Cocainisierung oder probeweiser Sondierung u. Spülung (durch künstliche oder natürliche Öffnung) nachweisbar. Bei elektrischer Durchleuchtung vom Munde aus (im Dunkelzimmer; Platten künstlicher Gebisse vorher entfernen) oft Verdunklung der entsprechenden Gesichtspartie (nicht zuverlässig). Bei Röntgendurchleuchtung Verschleierung der erkrankten Höhle (ebenfalls nicht zuverlässig, beide Untersuchungsarten nur im Verein mit anderen Befunden, nie allein zu werten). Patient empfindet häufig üblen, fauligen Geruch, den andere nicht wahrnehmen, namentlich bei vornüber gebeugtem Kopf, wo auch häufig vermehrter Eiterausfluss, da alsdann die natürliche Öffnung der Höhle am tiefsten. Störungen des Riechens u. Schmeckens. Kopfschmerz, Arbeitsunfähigkeit, Abspannung, Schwindel u. Schlaflosigkeit (namentlich bei akuter Erkrankung). Schmerzempfindungen im gesamten Trigeminalggebiet (Supraorbital-Gesichtsneuralgien, Zahnschmerz, stumpfe Empfindung in den Oberzähnen). Bei Verschluss der natürlichen Höhlenöffnung mit Eiterverhaltung (geschlossene oder latente Eiterung) nach längerem Bestehen Knochenverdünnung u. -Aufreibung im Gesicht oder im Naseninnern, auch am harten Gaumen. *Komplik.:* Infektion anderer Nebenhöhlen (vorzugsweise bei Kieferhöhleneiterung vorkommend, von hier ausgehend). Nasenpolypen\*. Magenstörungen durch verschluckten Eiter. *Diff.-Diagnose:* Wie bei Keilbeinhöhleneiterung\*, ausserdem noch vereiterte Zahncysten, welche meist Fossa canina ausfüllen

u. laterale Wand nebst Boden des Naseneingangs hervorwölben. **Therapie:** Wie bei Keilbeinhöhleneiterungen\*, nur statt Stirn- umschläge solche auf Wange oder untere Gesichtshälfte. Ferner nicht Abtragung des hinteren Endes der mittleren Nasenmuschel, sondern des vorderen. Ausserdem auch zwecks Spülung neben intranasaler Eröffnung Anbohrung vom Processus alveolaris des Oberkiefers vom Munde aus an der Stelle des zweiten Prämolardzahns oder ersten Molardzahns (namentlich wenn diese Zähne fehlen oder wegen Caries zu extrahieren sind. Max Senator.

**Kieferklemme.** Unmöglichkeit oder Behinderung den Mund zu öffnen. Symptom verschied. Erkrankungen. Tonischer Kaumuskelkrampf („Trismus“) nach verschmutzten Wunden irgend einer Körperstelle auftretend, schwerwiegendes Zeichen des beginnenden Tetanus; ferner auch bei Meningitis tuberculosa, Vergiftungen (bes. Strychnin, Oxalsäure,  $\text{NH}_3$ ,  $\text{H}_2\text{S}$ ), Trichinose, Hysterie, Helminthiasis (bes. bei Kindern). Von lokalen Kiefererkrankungen als Ursache der K. zu erwähnen: 1. alle entzündlichen Prozesse am Kiefer, Zähnen, Parulis, Alveolarperiostitis, Phlegmonen der Kiefergegend (sog. myogene K.), 2. rheumatische, eitrige Entzündung, Ankylosen des Kiefergelenkes (arthrogene K.), 3. narbige Schrumpfung im Bereich der Wange oder der Kaumuskeln, z. B. nach Verbrennungen, Noma oder anderen Geschwürsprozessen (cicatricielle K.). **Sympt.:** Mund kann spontan entweder gar nicht oder nur wenige mm geöffnet werden. Masseter stark gespannt, bretthart, schmerzhaft. Mit Mundsperrre, auch bei Gewaltanwendung u. unter grossen Schmerzen, nicht viel mehr zu öffnen. Bei entzündlicher K. noch Rötung, Schwellung, Eiterung aus cariösen Zähnen oder Zahnfleisch. **Therapie:** Bei Trismus wie bei Tetanus\* Bei entzündlichen Prozessen Zahn extrahieren, Abscesse spalten, Mundpflege; dann allmähliche Dehnung mit Keilen oder Mundsperrre. Dasselbe bei narbiger K.; wenn dies nicht ausreicht, dann plastische Operationen. Kaposi.

**Kinderlähmung, cerebrale u. spinale** (Poliocencephalitis bzw. Poliomyelitis ant. acuta). Akute Erkrankung vorwiegend (bei cerebraler K. ausschliesslich) des Kindesalters von Infektionscharakter, nicht progredient, meist mit zurückbleibender spastischer (cerebrale K.), oder schlaffer (spinale K.). Lähmung eines Teiles der Körpermuskeln (cf. Little'sche Krankheit, gleichfalls eine centrale Kinderlähmung). **Ätiol.:** Bisher unbekanntes infektiöses oder toxisches Agens (Übertragung auf Affen möglich), sicher anzunehmen für die vielfach epidemisch, häufig auch sporadisch auftretende spinale K.; wahrscheinlich auch für manche Fälle der cerebralen K. Ätiologischer Zusammenhang beider Formen aber noch nicht sicher; auffallend



das seltene Vorkommen schwerer cerebraler K. bei den bekannten Epidemien der spinalen K. Zugehörigkeit bestimmter epidemischer Formen bulbärer, pontiner, ascendierender, meningitischer, polyneuritischer Krankheitsbilder (Sammelname inkl. cerebrale u. spinale K.: Heine-Medinsche Krankheit) wahrscheinlich, aber nicht erwiesen.

a) **Cerebrale K.** (Hemiplegische Form). *Ätiol.:* Infektion (s. o.). Neuropathische Disposition, Trauma bes. bei Geburt, Frühgeburt, Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach) werden beschuldigt. *Patholog. Anat.:* Initial teilweise wohl Blutungen u. echte Entzündungen; später Erweichungsherde, Narben, Cysten, Hirnrindendefekte, Porencephalie, ev. bis zur Verkümmernng einer Hemisphäre. *Sympt.:* Plötzliche Erkrankung mit Fieber, Erbrechen, Somnolenz, Krämpfen für einige Tage; rasche Erholung, aber mit Zurückbleiben hemiplegischer Lähmung, die zuerst schlaff, später spastisch wird; Gesichtsbeteiligung häufig. Selten wiederholte Attacken mit allmählich entstehender Lähmung. Arm u. Bein sind meist zuerst gleich schwer, Facialis u. manchmal Hypoglossus leichter ergriffen. Arm-, bes. Handlähmung bleibt am längsten bestehen. Sehr bald Charakter der spastischen Lähmung: Hand in Flexionsstellung, Fuss ev. in Spitzfussstellung bei innenrotiertem Bein rigide fixiert; bei gewollten Bewegungen Intentionsspasmen; Gang wie bei Hemiplegie\*. Sensibilität meist intakt. Sehnenreflexe der betr. Seite bald gesteigert, Fussclonus. Babinski u. Oppenheim häufig. Knochen u. Weichteile bleiben allmählich im Wachstum zurück. Häufig posthemiplegische Mitbewegungen der gelähmten Seite, Athetose, Chorea. In 50% allmähliche Entwicklung einer Epilepsie. Intelligenz fast stets reduziert.

b) **Spinale K.** *Ätiol.:* Infektion (s. o.). Charakter der Infektionskrankheit hier noch deutlicher; Epidemie stets in Sommermonaten. Verbreitung zuweilen sicher durch Kontaktinfektion, häufiges Erkranken von Geschwistern (auch bei sporadischen Fällen), gehäufte Fälle in einzelnen Stadtvierteln oder Häusern. Eintrittspforte der Erreger (Darm? Rachen?) unbekannt wie diese selbst. Gelegenheitsursache angeblich Traumata, Pneumonien, Masern, Keuchhusten. Am häufigsten erkranken Kinder der 3 ersten Jahre, seltener ältere Kinder, auch Erwachsene. *Patholog. Anat.:* Bei frischen Fällen Hämorrhagien u. Thrombosen in den Vorderhörnern mit perivascularer Entzündung. Trübung u. Quellung der Ganglienzellen. Häufig Übergreifen auf Clarkesche Säulen u. weisse Substanz, Endstadium: Herde sklerosiert, atrophisch, Ganglienzellen geschwunden, Vorderhorn u. ev. Rückenmarkshälfte verkleinert; vordere Wurzeln u. Nervenstämmen atrophisch. Degenerative Atrophie der Muskeln. *Sympt.:* Inkubation bei Epidemien 1

bis 4 Tage. Plötzlich schwer fieberhafter Beginn, Kopfschmerzen, Somnolenz, Erbrechen, Konvulsionen, bisweilen Durchfälle (Initialstadium, bisweilen ohne weitere Symptome tödlich endend, im allgemeinen einen bis einige Tage dauernd). Rasche Entfieberung, normales Befinden, aber zurückbleibende Lähmung grosser oder kleiner Muskelgruppen. Anfangs heftige Schmerzen, Sphincterstörungen. Lähmung stets schlaff, atrophisch, mit EaR; Sehnenreflexe erloschen. Häufig nur einzelne Muskeln, selbst einzelne Muskelbündel gelähmt, oft aber grosse Gruppen an einer, zwei, allen Extremitäten, doch fast nie ein Glied völlig lahm. Allmähliche Besserung in den ersten Tagen, Wochen, selbst Jahren. Dauerlähmung stets schlaff, Schlottergelenke; gelähmtes Glied bleibt im Wachstum zurück. Häufig Contracturen bes. der Beine (Handgänger). Sensibilität, Psyche intakt. Hirnnerven (Facialis) selten ergriffen.

**Prognose:** Tod im Initialstadium selten, bei einzelnen Epidemien der spinalen K. etwas häufiger. Lähmungen nach Ende des Initialstadiums stets am schwersten, allmählich spontane Besserung, selten völlige Heilung. Nach 2—3 Jahren sind die Lähmungen definitiv u. nur noch chirurgisch beeinflussbar. Posthemiplegische Chorea, Epilepsie nach cerebraler K. unheilbar. Lebensdauer nicht verkürzt. **Diff.-Diagnose:** Im Initialstadium schwer; Meningitis (Nackenstarre!), alle akuten Infektionskrankheiten können ähnlich sein. Später bei cerebraler K. zu denken an: multiple Sklerose (Nystagmus, Tremor), bei spinaler K. bes. an Polyneuritis\* (progredient, oft Ataxie, weniger stürmischer Verlauf), Hämatomyelie\*. **Therapie:** Prophylaxe: Entfernung der Kinder aus Epidemieherden, Isolierung ev. auch von der Familie. Initialstadium: Schwitzpackungen, Salicylpräparate, Abführmittel, Eisblase oder Chloral bei schweren Gehirnsymptomen (Konvulsionen), Bettruhe mindestens 2 Wochen. Behandlung der Lähmungen galvanisch, Wirbelsäule auf- u. absteigend, vom Centralorgan (Anode) zum gelähmten Gebiet (kleine Kathode), stabil u. labil 4—6 (am Kopfe 1—2) M.-A., täglich 10 Minuten; auch Faradisation der Muskeln. Vorsichtige Massage, passive Bewegungen, warme Sol- oder Fichtennadelbäder, Arsen, Strychnin, Badekuren in Nauheim, Tölz, Kreuznach. Bei erheblicher Gehstörung u. allen Contracturen chirurgische Therapie. S. Schoenborn.

**Chirurg. Therapie:** Durch operative Gelenkversteifungen an Knie- u. Fussgelenk (Arthrodese), ferner durch plastische Übertragung funktionsfähiger Muskel oder deren Sehnen auf die gelähmten Muskeln kann die orthopädische Chirurgie in vielen Fällen wesentliche Besserung erzielen. Am besten, die Kinder dem Fachorthopäden zu überweisen. Kaposi.

**Kleinhirnerkrankungen.** Blutungen, Erweichungen, Entzündungen (selten); Tumoren, Abscesse, Cysten (häufiger); Entwicklungsstörungen (Atrophie, sehr selten). Beteiligt ist das Kleinhirn bei manchen Strangerkrankungen (cerebellare Form der hereditären Ataxie\*, zahlreiche familiäre Systemerkrankungen), bisweilen bei multipler Sklerose, vielleicht auch bei Poliomyelitis. *Sympt.:* 1. Ataxie von cerebellarem Typus (S. 46). 2. Schwindelgefühl. Sitz der Affektion im Kleinhirn bei 1 u. 2 beliebig. 3. Zwangsbewegungen zuweilen, bei Erkrankung der Kleinhirnhemisphären u. Brückenarme, sowohl gleichseitig als gekreuzt auftretend; Deviation der Augen, Nyctagmus. 4. Hypotonie der gleichseitigen Körpermuskeln. 5. Kataleptisches Verhalten bei Bewegungen (inconstant). 6. Verlust der Fähigkeit, rasch hintereinander antagonistische Bewegungen (z. B. Pronation u. Supination) zu machen („Adiadochokinesis“); entsprechende dysarthrische Sprachstörung. 7. Halbseitige Chorea bei Bindearmherden. — Ausser diesen direkten (vielfach vorübergehenden) häufig indirekte, Nachbarschaftssymptome: Hemiplegie, Krämpfe. Bes. häufig die allgemeinen Stauungssymptome (cf. Gehirngeschwülste). Alle Kleinhirnerkrankungen machen mit Vorliebe körpergleichseitige Symptome. *Diff.-Diagnose:* Bei deutlichen allgemeinen intracraniellen Drucksymptomen spricht Flüchtigkeit der Lokalsymptome für Kleinhirnerkrankung. Von letzteren Ataxie am häufigsten u. sichersten; zu trennen von tabischer Ataxie\*! Cf. Gehirngeschwülste. *Therapie:* Die der übrigen Gehirnerkrankungen. Operationsresultate im allgemeinen weniger günstig als am Grosshirn.

S. Schoenborn.

**Klimakterische Beschwerden.** *Ätiol.:* Noch nicht völlig geklärt; wahrsch. Fortfall der inneren Sekretion des Ovariums. *Sympt.:* Menstruation oft monatelang ausbleibend bzw. sehr profus. Zur Zeit der Menstruationstermine Beschwerden in wechselnder Kombination u. Stärke, die auch nach völligem Unterbleiben der Menses mitunter noch eine Zeitlang fort dauern, u. zwar bes. bei der im normalen physiologischen Alter eintretenden Klimax: Aufsteigende Röte, fliegende Hitze, Herzklopfen, Luftmangel, Schlaflosigkeit, Stimmungswechsel, Launenhaftigkeit, Niedergeschlagenheit, Unlust, Migräne, Flatulenz, Pruritus vulvae, Harndrang (irritable bladder); bes. bei neuropathisch veranlagten Frauen, Fettansatz, Aknebildung, trophoneurotische Störungen der Haut, Kribbeln u. Eingeschlafensein bes. der unteren Extremitäten. Stärkerwerden, schmerzhaftes Sensationen der Brüste. *Komplik.:* Vorübergehende Abnahme der Sehkraft, oft ohne anatomischen Befund; selten. *Diff.-Diagnose:* Beginnende Arteriosklerose\*.

Schwangerschaft (wird beim Ausbleiben der Periode, Anschwellung der Brüste, Nachweis von Colostrum, Auftreten nervöser Symptome irrtümlich oft angenommen). **Therapie:** Hydrotherapie (kühle Bäder), blande Kost (cave Alkohol, starken Kaffee usw.), reichliche Bewegung im Freien. Bei schweren Fällen Versuch mit Oophorintabletten (3—4 × tgl. 0,5 g) u. Skarifikation der Portio. Suggestiveinfluss des Arztes von wesentlicher Bedeutung. **Kayser.**

**Klitorisrisse.** Einrisse in der Umgebung des Harnröhrenwulstes, beim Durchtreten des Kopfes entstehend. **Sympt.:** Sehr starke profuse Blutung aus den venösen Plexus, die zur Klitoris gehen. **Therapie:** Sofortige Umstechung, am besten mit Catgutnähten (nicht durch Harnröhre hindurch!).

**Fromme.**

**Klumpfuss.** Pes varus. Supinationscontractur des Fusses, meist mit gleichzeitiger Plantarflexion u. Adduction (Pes equino-varus). **Ätiol.:** Kongenital sehr häufig, zumal leichter K. bei jedem Neugeborenen. Männliches Geschlecht bevorzugt. Meist durch abnormen Druck im Uterus bei zu geringem Fruchtwasser verursacht (Drucknarben auf Malleolus externus), seltener als Hemmungsmisbildung anzusehen bei gleichzeitigen anderen Defekten (z. B. Defekt der Tibia, der Tarsalknochen). — Erworben am häufigsten paralytisch, z. B. nach Poliomyelitis ant., auch bei partiellen Muskellähmungen, z. B. der Pronatoren bzw. Dorsalflexoren des Fusses; dann meist mit Equinus-Stellung kombiniert. Traumatisch nach Malleolar-, Talusfraktur, auch nach Subluxation bzw. Luxation. Selten auf entzündlicher Basis, z. B. bei abnormem Längenwachstum der Fibula nach Osteomyelitis, noch seltener auf statischen Störungen beruhend analog dem Genu valgum\*. — **Sympt.:** Talus verändert, sein Hals plantar- u. medianwärts gerichtet (Bild des Klumpfusses); demnach hintere Gelenkfläche des Körpers artikulierend, vordere verödet. Calcaneus ebenfalls median- u. plantarwärts gekrümmt, also Chopartsches Gelenk medianwärts verschoben. Klinisch zeigt sich Fuss adduziert, innerer Fussrand gehoben, Fussspitze gesenkt. Patient tritt demnach auf äusseren Fussrand, wenn nicht sogar auf Fussrücken auf (Gefahr allmählicher Verstärkung der Deviation). Gang unbehilflich, steif, weil Schwerpunkt des Körpers nach hinten verlegt. Bei gleichzeitiger Equinus-Stellung Auftreten auf äussere Fussspitze. — **Therapie:** Am leichtesten Korrektur beim paralytischen Klumpfuss, sehr schwierig beim kongenitalen u. erworbenen. Behandlung, sobald Verkrümmung erkannt, einleiten, beim kongenitalen schon kurz nach der Geburt. Zunächst redressierende Bewegungen im Sinne der Ab-

duction, Dorsalflexion, Pronation; erreichtes Resultat durch Kontentiv-Verband bzw. Heftpflasterstreifen (kleinere Kinder) festhalten. Streifen zieht vom Fussrücken über medialen Rand u. Sohle zum äusseren Rand, von da zum Unterschenkel; bei weniger nachgiebigen Fällen sofort Anlage eines Gipsverbandes in möglichst korrigierter Stellung. Schwere Fälle in Narkose redressieren, dann Gipsverband. Bei Equinus-Stellung Tenotomie der Achillessehne; seltener Tenotomie der Supinatoren nötig. Osteoklase nur noch ausnahmsweise; besser in hartnäckigen Fällen Exstirpation des Talus oder keilförmige Osteotomie aus dem Fussrücken. Beide Eingriffe nur dann angezeigt, wenn Korrektur in Narkose versagt hat; sie verstümmeln Fuss-skelet. Nach Operation jedenfalls Anlegen eines das Resultat festhaltenden Kontentiv-Verbandes (Gips bzw. Wasserglas). — Zur Vermeidung des hartnäckigen Rezidivs in allen Fällen jahrelanges Tragen eines entsprechenden Schienenstiefels (modifizierter Scarpascher Schuh), Schnürstiefel mit äusserer Schiene, die abduzierend wirkt. — **Prognose:** Anceps; um so besser, je früher u. je ausdauernder behandelt wird. Leser.

**Knochentuberkulose.** *Ätiol.:* Meist sekundär auf hämatogenem Wege durch Emboli (käsiges Bröckel, Bacillenhäufen) von anderen tuberkulösen Organen (Lungen, Drüsen usw.) verursacht; ausnahmsweise durch unmittelbare Propagation (z. B. von Hautgeschwür usw.). Trauma als Ursache durch Infektion des im Widerstand geschwächten Gewebes selten, häufiger durch Eröffnung eines bis dahin occulteren tuberkulösen Herdes (Lexer); hereditär belastete, jugendliche Individuen bevorzugt (grosser Gefässreichtum); Epiphysen bzw. Metaphysen (Gelenkenden) namentlich infiziert, wegen Verzweigung der Blutgefässe nach den Wachstumscentren. *Sympt.:* Pathologisch-anatomisch: Granulationsherd mit miliaren Tuberkeln, später verkäsend u. Knochensand. Geschwürige Einschmelzung des Knochens (Caries). Also rundliche Höhle etwa bis Taubeneigrösse, erfüllt mit Granulationen, Sequestern, umgeben von tuberkulöser Abscessmembran (bindegewebige Kapsel mit Tuberkeln besetzt); namentlich bei Kindern käsig infiltriert des zuweilen sklerosierenden Knochens u. Sequestration; tuberkulöser Sequester rundlich, leicht höckrig oder glatt, selten grösser als Taubenei. — An Epiphysen oft infarktformiger Herd mit Spitze nach der Epiphyse, Basis nach Gelenkknorpel (deutlich metastatische Form); selten progressiv infiltrierende Tuberkulose (König) = fortschreitende Verkäsung u. Vereiterung (Osteomyelitis tuberculosa); ausnahmsweise Tuberculosis cariosa (rötliche Granulationsmassen). — Zweckmässig zu trennen die zur Vernarbung von der zur Vereiterung tendierenden Form an letztere schliessen sich tuberkulöse Abscesse (Senkungs-

abscesse) an. — Klinisch: Oft lange ohne jede Beschwerde; dann allmähliche Verdickung des Knochens, nur selten so deutlich wie bei Spina ventosa\*. Spontane Schmerzen undeutlich ziehend, drückend, dumpf, also Druckschmerz genau feststellen, da oft einziges ausschlaggebendes Symptom. Fieber nicht ganz regelmässig, ohne anderweitige Infektion niemals hoch, doch lange Zeit abendliche Temperatursteigerungen. Regionäre Lymphdrüsen-Erkrankung relativ früh. Örtlicher kalter Abscess, fluktuierend, zuweilen fistulös sich öffnend; Eiter trüb-serös mit Bröckeln vermischt; rel. spät Senkungsabscess\*. — **Diff.-Diagnose:** Bei infektiöser Osteomyelitis akuter Beginn, schneller Ablauf der Symptome; hohes Fieber, stärkere Schwellung des Knochens infolge periostaler Entzündung; Sequester zernagt, zackig wie angefressen; Eiter gebunden rahmig. **Therapie:** Grundsätzlich, wenn irgend möglich, jeden tuberkulösen Herd ganz ausschalten; entweder durch Resektion des kranken Abschnitts, oder durch Eröffnung u. Auslöfflung der Granulationen bis ins Gesunde; dazu meist Aufmeisselung nötig; hierbei behufs besserer Ausheilung Bildung flacher Mulden, Entfernung der Sequester u. Schluss der Knochenwunde entweder durch Einlegen von Hautlappen oder, wo nicht zugänglich, Überpflanzen von Hautperiostlappen oder Ausfüllung der Höhle mit Jodoformplombe (Mosestig), falls Tamponade mit Jodoformgaze nicht möglich. Kleinere Höhlen am besten durch Granulation ausheilen lassen. Sofortiger Naht-Verschluss der Wunde nur, wenn keine anderweitige Infektion. Abscesse nur dann eröffnen, wenn radikale Operation sofort folgen kann; andernfalls Gefahr sekundärer Infektion; cf. Senkungsabscesse. — Cave Jodoform-Intoxikation! Alte Fisteln ebenfalls auskratzen, Injektion von Jodoform-Glycerin. Allgemeinbehandlung s. Lungentuberkulose, Scrofulose. Leser.

**Kohlenoxydvergiftung.** Gewöhnlich durch Einatmung von Kohlendunst, Leuchtgas, Minengase, die CO (neben CO<sub>2</sub> usw.) enthalten. CO verdrängt im Blute den O, so dass Kohlenoxydhämoglobin entsteht, verursacht Zerfall von Erythrocyten u. Gerinnungen, wirkt auch direkt aufs Nervensystem. **Sympt.:** Rötung des Gesichts, Kopfschmerzen, Benommenheit, Flimmern vor den Augen, Aufregungszustände. Dann Betäubung, röchelnde Atmung, seltener Krämpfe, Erbrechen, Harn- u. Stuhlabgang, Albuminurie, Glykosurie. Schliesslich Cyanose, Koma, weite starre Pupillen, Herzlähmung. Ev. plötzliches Zusammenbrechen. Falls Genesung, oft Nachkrankheiten: Hautausschläge, Gangrän, innere Blutungen, Lähmungen aller Art, Psychosen. Bei chronischer K. (gewerblich in Gasanstalten usw.): Kopfschmerzen, Schwindel, Parästhesien, Herzklopfen, Präkordialangst, Appetit- und Schlaflosigkeit, Nephritis, hochgradige Anämie usw. **Diff.-**

**Diagnose:** Nachweis des CO im Blut (kirschrote Farbe, Spectrum!) u. in der umgebenden Luft. Eigentümliche kirschrote Flecke auf der Haut (ev. schon intra vitam). Manchmal Zucker im Harn. Zuweilen schwierig bei den Nachkrankheiten u. der chron. Vergiftung (genaue Anamnese!). **Therapie:** Sofortige Überführung in gute Luft, ev. Öffnung von Fenstern usw. (Vorsicht für die Retter!). Künstliche Atmung, O-Einatmung. Aderlass mit folgender Infusion von physiolog. NaCl-Lösung (auch rectal). Kalte Übergießungen, Sinapismen, Frottieren, Essigklystiere, Excitantien. Bei Abkühlung Wärmezufuhr. Versuch mit H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-Injektion. Guttman.

**Kohlensäurevergiftung.** Ansammlung von CO<sub>2</sub> in Dunggruben, tiefen Grüften u. Schächten, in Gärkellern usw. Ev. auch Gefahr bei Bereitung künstlicher CO<sub>2</sub>-Bäder u. bei Gasöfen in engem Zimmer. **Sympt.:** Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Brustbeklemmung, Schläfrigkeit, Betäubung, Asphyxie (bei starker CO<sub>2</sub>-Anhäufung oft blitzschnell). **Therapie:** Wie bei Kohlenoxydvergiftung. Guttman.

**Koliken u. Leibschmerzen.** Ins Abdomen ausstrahlende Angina pectoris\* (Oppression, Herzbefund). Pneumonie\*, bei Kindern Appendicitis vortäuschend. Intercostalneur-algie\* der untersten Nerven (meist halbseitig; Druckpunkte). Bauchdeckenrheumatismus (in der Ruhe schmerzfrei; ungestörtes Allgemeinbefinden). Vom Magen ausgehende Schmerzen s. Gastralgie. Darm: Koliken (Kot-, Wind-, Schleim-) von manchmal intensivstem Schmerz bei akuter u. chronischer Enteritis\*, spastischer Obstipation\*, Myxoneurosis intestinalis\*, Bleikolik\*. Geringere Schmerzen, meist leichte Druckempfindlichkeit, bei Diarrhöen, Helminthiasis der Kinder (in der Nabelgegend), bei Typhus am Coecum. Bei Ulcus duodeni\* brennender Schmerz rechts im Epigastrium 3—5 Std. nach Mahlzeit. Bei Darmverengerung\* u. chronischem Darmverschluss\* oberhalb der Stenose Darmkoliken; dabei Darmsteifung (Radioskopie!). Bei akutem Ileus\* (Strangulation) plötzlicher heftiger Schmerz, Kollaps, Erbrechen, lokalisierte Darmblähung. Darmgefäß-Arteriosklerose (S. 36). Embolie der Aa. mesentericae (plötzlicher Schmerz, Kollaps; Erbrechen, ev., ebenso wie der Kot, mit Blut vermengt). Leber: Bei Stauungsleber\*, Leberlues\*, -Carcinom\* geringer spontaner u. Druckschmerz. Bei septischer Cholangitis\* u. Leberabszess\* heftiger, oft nach der rechten Schulter ausstrahlender Schmerz. Bei Cholecystitis\* dauernder Schmerz in der Gallenblasengegend, druckempfindlicher Tumor. Bei Gallensteinkolik\* heftigste Schmerzfälle im rechten Hypochondrium; häufig danach Ikterus, Leberschwellung; Steinbefund. Pankreas: Plötzliche Schmerz-

anfalle mit peritonealem Kollaps bei akuter Entzündung, Apoplexie, Fettnekrose; Koliken ähnlich der Cholelithiasis durch Pankreassteine (häufig auch Ikterus); Funktionsstörungen usw. (cf. Pankreaskrankheiten). Nieren: Leichter, länger anhaltender Schmerz bei akuter Nephritis\*, Hydro-\* und Pyonephrose\*; stärker bei Pyelitis\*, Paraneuritis\*; plötzlicher heftiger Schmerz mit Hämaturie bei Infarkt (Herzbefund) u. Nierensteinkolik\* (Ausstrahlen nach den Genitalien, Röntgenbild). Milz: Bei rascher Intumescenz (akute Schwellung, Tumoren) Schmerz durch Spannung der Kapsel; plötzlicher Schmerz bei Infarkt (sonstige Embolien, Herzbefund); selten Schmerzen bei Wandermilz durch Bewegungen. Peritoneum: Plötzlicher heftigster Schmerz mit Kollaps bei Perforationsperitonitis\*; Schmerz von wechselnder Intensität in der Ileocoecalgegend bei Appendicitis\*. Zerrungsschmerzen bei Adhäsionen (chronische Peritonitis, frühere Operationen) u. Hernia epigastrica\*. Blase: Brennende Schmerzen bei akuter u. tuberkulöser Cystitis\*, bei Tumoren; meist Ausstrahlung nach der Harnröhre, Strangurie; Urinbefund. Tabes\*: Schmerzen als Gürtelgefühl; ferner Magen-, Leber-, Darm-, Nieren- u. Blasenkrisen (anfallsweise heftige Schmerzen in den betreffenden Organen ohne Lokalbefund bei sonstigen tabischen Symptomen). Gynäkologische Erkrankungen (s. d.). **Therapie:** Ev. chirurgischer Eingriff nötig (Pankreaskrankheiten, Ileus, Abscesse von Organen usw.). Sonst Beseitigung von schädlichen Momenten. Weiterhin symptomatisch: Wärmeapplikationen (Priessnitz, Kataplasmen, Wärmeflaschen, Thermophore, heisse Sandsäcke, Dampfkompresen, ev. Thermopenetration). Sedativa u. Narkotica: Tinct. Opii spl. oder crocat. 10 Tropfen mehrmals tägl.; ev. als Suppositorien (Rp. 10). Extr. Hyoscyami (Rp. 143); Belladonna (Rp. 144, 146). Ev. Morphin (Rp. 131, 132). Beuttenmüller.

**Kolpitis.** *Ätiol.:* Meist Mikroben, bes. Gonokokken (od. Gonorrhoe). Soorpilze (dicke weisse Beläge). Reizende Ausflüsse aus dem Uterus (Cervikalkatarrh, Carcinom). Thermische oder mechanische Schädlichkeiten (heisse oder kalte Irrigationen, Pessare usw.). Bei K. senilis allmähliche Verdünnung ev. Schwund des Epithels u. Verklebung gegenüberliegender Schleimhautflächen. Bei K. granulosa (meist nur in Schwangerschaft) fühlt sich Scheidenschleimhaut rau an, in ihr häufig kleine luftgefüllte Bläschen (K. emphysematosa s. Kolpohyperplasia cystica). *Sympt.:* Voran steht der Ausfluss, der schleimig oder rein eitrig u. sehr reichlich sein kann. Dazu Brennen an der Vulva, Schmerzen, Drängen nach unten, starke Empfindlichkeit des Introitus. Intertrigo in Umgebung der Vulva sehr häufig. K. senilis u. emphysematosa ev. sym-



ptomlos. **Therapie:** Beseitigung der Grundursachen (Gonorrhoe! Erkrankung oberer Genitalabschnitte, Entfernung alter Pessare usw.). Örtlich hauptsächlich Ausspülungen; bes. wirksam die Wässer alkalischer Quellen (Ems, Neuenahr), oder Zusatz von zwei Esslöffeln Soda auf 1 l Wasser. Tanninglycerintamppons (30 g Tannin auf 200 g Glycerin). In akuten Fällen neben warmen Scheidenirrigationen Sitzbäder sehr wirksam. In chronischen Fällen Ätzung der Scheidenschleimhaut mit 10—20 % Arg. nitr.-Lösungen im Speculum (auch mit 5 % Carb. 1 % Chlorzink, Jodtinktur). K. senilis u. emphysematosa benötigen keine besondere Therapie. Bei Vulvo-Vaginitis kleiner Kinder Einspritzungen mit 5—10 % Protargollösung oder 1—2 % Arg. nitr.-Lösung. — Cf. Vulvitis. Fromme.

**Koma. Sympt.:** Tiefster Grad der Bewusstlosigkeit (leichtere Grade: Sopor u. Somnolenz) mit aufgehobenen Reflexen u. Sehnenphänomenen; der Kranke ist durch keinen Reiz mehr zu erwecken (bei leichteren Stufen des K. noch Erweckbarkeit u. einzelne Sehnenphänomene vorhanden). Babinski oft positiv. Völlige Incontinentia\* urinae et alvi, seltener Retentio. Schlucken meist unmöglich; seltener reflektorischer Schluckack (,,Fressreflex“) schon bei Bestreichen der Zunge. Zuckungen u. Krämpfe nicht ganz selten. Häufig ist schon im K. eine etwa eingetretene Lähmung an der schlaffen Lage der betr. Glieder erkennbar. Dauer: Minuten bis Tage; häufig folgt der Tod. Ganz plötzlicher (Apoplexie, Epilepsie) wie mehr allmählicher Übergang ins K. (Diabetes, Urämie, Infektionskrankheiten) kommen vor. **Ätiol. u. Diff.-Diagnose:** Apoplexie\*, Gehirnembolie\*- u. -Thrombose meist mit Lähmungserscheinungen, Fieber. Epilepsie\*: Beginn meist mit Aura, Zähneknirschen, Cyanose; meist Krämpfe der Körpermuskeln, oft Secessus inscii. Gehirngeschwülste\*: langsamer Eintritt, Stauungserscheinungen meist ohne Lokalsymptome im Koma. Meningitis\*: Nackensteifigkeit, Ischiasphänomen. Vergiftungen s. d. Diabetes (K. diabeticum): Langsame sehr vertiefte, „grosse“ Atmung, schliesslich Atmungslähmung; oft Hypotonie der Bulbi; im Urin Zucker u. Acetessigsäure. Urämie (K. uraemicum): Vorboten mit Kopfweh, Erbrechen, Oligurie; dann wie bei epileptischem K.; Harn meist stark eiweisshaltig; K. u. Konvulsionen wechseln ab. — Ähnliche Zustände (meist symptomärmer) bei dem Marasmus bei Carcinom u. den meisten kachektisierenden u. Infektionskrankheiten sub finem vitae. **Prognose:** Meist ungünstig, bes. bei Diabetes, Urämie (hier auch Ausnahmen mit günstigem Verlauf), chem. Vergiftungen u. Kachexien, Meningitis, Tumoren. Nicht unbedingt schlecht bei Apoplexien; häufig gefahrlos bei Epilepsie. **Therapie:** Generell:

Eisblase auf den Kopf, Bettruhe. Aufwecken meist zwecklos; nichts zu trinken geben! Sorge für Blasenentleerung! Spezielle Therapie je nach Grundleiden; cf. apoplektische Anfälle, Epilepsie. Bei Gehirngeschwülsten u. Meningitis Lumbalpunktion (bei ersteren vorsichtig!). Bei Diabetes intravenöse Injektion von 4—5% Sodalösung, bei drohendem K. ev. Diätwechsel. Bei Urämie heisse Bäder oder Einwicklungen, Kochsalzinfusionen (hypotonische oder physiologische Lösung), Versuch mit Lumbalpunktion.

S. Schoenborn.

**Kompressionsmyelitis.** Durch Druck (namentlich cariöser Knochen) entstandene, mehr weniger den Rückenmarksquerschnitt betreffende Entzündung. Cf. Myelitis. *Ätiol.:* Weit aus überwiegend tuberkulöse Caries; selten einfache, z. B. traumatische Spondylitis, Tumoren u. Lues der Wirbelsäule u. Meningen. Gelegenheitsursache namentlich Trauma (Stoss, Schlag, Erschütterung), vielleicht Erkältung, Infektionskrankheiten. *Pathol. Anat.:* Herdförmige Entwicklung von Granulationsgewebe führt zur Einschmelzung von Knochengewebe meist nur eines Wirbelkörpers, zu dessen Usur u. schliesslichem Zusammenbruch. Durch Zusammenwirken der benachbarten wird der kranke Wirbel verschoben u. komprimiert dann selbst, häufiger aber schon zuvor durch fungöse Massen, Abscesse, Übergreifen des Processes auf die Meningen, Stauungsoedem des Rückenmarks, das bald alle Zeichen der Myelitis\* darbietet. Ausheilung der Knochenerkrankung durch neugebildetes Knochengewebe, auch der Myelitis durch Entlastung kommen vor. *Sympt.:* a) Des Wirbelprocesses: Schmerzen, oft radiculär ausstrahlend, steife Haltung des betr. Abschnittes der Wirbelsäule (bes. des Kopfes bei Halswirbelcaries!), Deformität im Sinne spitzwinkliger Kyphose (Pottscher Buckel), Druckschmerz scharf lokalisiert auf dem kranken Wirbel, Senkungsabscesse (je nach Lage retropharyngeal, am Lig. Pouparti usw.), Röntgenbild! Seltener Herpes zoster, typische Gürtelschmerzen, Fieber, Kräfteverfall. b) Der Myelitis: Wurzel- u. Marksymptome. Erstere machen die erwähnten Schmerzen, Parästhesien, Paresen je nach Sitz des Processes (Ulnarisgebiet, Deltoideus usw.). Marksymptome vor allem: Paraplegie mit Steifigkeit, Reflexsteigerung, Babinski; Anästhesie des gleichen Gebietes, Sphincterenstörung, Decubitus. Bei Erkrankung des 11. u. 12. Brustwirbels bisweilen schlaffe Paraplegie mit abgeschwächten Reflexen; bei Caries der unteren Halswirbel spastische Bein- u. atrophische Armlähmung; bei Caries der obersten Halswirbel Crepitation, bisweilen Paresen im Accessorius u. Hypoglossus, Kollapszustände. *Diff.-Diagnose:* Einfache Myelitis\* (intakte Wirbelsäule, bisweilen schwer feststellbar), Hysterie (Reflexe unverändert). *Verlauf:* Sehr langsam, schubweise meist über

Jahre sich erstreckend. **Prognose:** Bei Erkennung im Beginn oft günstig. Bei voller Ausbildung der Myelitis selten völlige Wiederherstellung, auch bei Ausheilung des Knochenprozesses. **Therapie:** Bei Caries chirurgisch: Entlastung durch Gipskorsett, Extension, Stützkravatte. Sonst ev. Operation. Bei Lues (Wassermann!) sofort Hg u. Jodkali, bei Tuberkulose Kreosot. Im übrigen cf. Myelitis. S. Schoenborn.

**Kopfschmerzen.** Meist Symptom, selten selbständiges Leiden. **Ätiol. u. Sympt:** Häufig Zirkulationsstörungen; Hyperämie (schlagende oder klopfende Schmerzen), Anämie (Augenflimmern, Gefühl von Leere, Ohrensausen), namentlich Blutdruckschwankungen, hervorgerufen durch geistige oder körperliche Überanstrengung, Alkoholismus usw. Auch venöse Hyperämie bei Herzleiden. Bei Arteriosklerose wirken wohl Hyperämie u. Anämie, wie auch direkte Reizzustände in der Umgebung der Gefäße in den Meningen. Sehr häufig toxisch: Rauchen, Alkohol, Narkose, metallische Gifte, Urämie, Diabetes. Häufig bei chronischer Obstipation, Fieber, Infektionskrankheiten. Myositis rheumatica der Kopfmuskeln, bei der ev. Schwielen im Unterhautgewebe des Kopfes, macht den bohrenden Schwielen- (Knötchen-) Kopfschmerz. Nebenhöhlenkatarrhe, cariöse Zähne, Refraktionsstörungen der Bulbi machen oft lokalisierte (bes. Stirn- u. Schläfen-) oder allgemeine Kopfschmerzen. Häufig nach Kopftraumen, nach geistiger Überanstrengung, Arbeiten in der Hitze. Meist ist der K. aber nur per exclusionem gestellt werden!). Ausserdem als selbständiges Leiden der habituelle Kopfschmerz, periodisch, in Attacken, bisweilen kontinuierlich, meist mit Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, bisweilen erst nach dem Schläfe auftretend. Bei allen organischen Erkrankungen des Gehirns u. der Meningen können ferner Kopfschmerzen auftreten (cf. Gehirngeschwülste, Meningitis usw.). Lokalisation verschieden; bei entzündlichen Erkrankungen oft nahe dem Sitz, bei Allgemeinerkrankung diffus mit Bevorzugung von Stirn, Schläfen, Nacken. Einseitiger Kopfschmerz vd. Hemikranie. Cf. Trigemini-neuralgie. **Prognose:** Vom Grundleiden abhängig. Bei habituellem K. oft schlecht quoad sanationem. **Therapie:** Vor allem ätiologisch durch Beseitigung der Ursache (Arteriosklerose, Tumor, Lues, Meningitis, Nebenhöhlenaffektionen) oder durch ihre Bekämpfung, was meist genügt. Versuch mit Abführmitteln, Blutentziehung, milder Hydrotherapie, Diät, Ableitung durch Hautreize. Momentan wirkt bisweilen Lumbalpunktion (nur in schwersten Fällen indiziert). Bei Hysterie u. Neurasthenie namentlich Hydrotherapie: Kalte u. warme Fussbäder, Abreibungen, laue Duschen; ferner stabile Galvanisation,

Klimakuren (oft genügt Klimawechsel), Suggestion u. Psychotherapie. Eis u. heisse Umschläge, Kopfmassage sind zu versuchen. Alles dies gilt auch für habituelle Kopfschmerzen. Erst nach erfolglosen Versuchen dieser physikalischen Mittel wende man Medikamente an: z. B. Antipyrin (1,0), Phenacetin, Citrophen, Analgen, Trigemin, Aspirin, Pyramidon (je 0,5), Migränin 1,1, Coffein (0,1 bis 0,25), die Baldrianpräparate (Rp. 148 ff. u. a.). Echte Narkotica, wie Morphin (0,005—0,01), Codein phosphor. (0,05) u. a. nur mit Vorsicht! Hartnäckige Kopfschmerzen behandle man möglichst dauernd mit physikalischen Prozeduren u. schalte nur von Zeit zu Zeit Medikamente (ev. auch Mischungen der genannten) ein. S. Schoenborn.

**Korsakowsche Psychose.** Syn. Polyneuritische Psychose, amnestischer Symptomenkomplex. *Ätiol.:* Chronischer Alkoholismus u. a. Vergiftungen, Infektionen, Trauma, senile u. a. diffuse organische Hirnerkrankungen. *Sympt.:* Störungen der Merkfähigkeit (Verlust des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit), Amnesie für die Ereignisse vor u. zu Beginn der Erkrankung, Desorientierung, Konfabulation (Ausfüllen der Gedächtnislücken mit freien Erfindungen), Neuritis mit Schmerzen oder Muskelatrophie, Nierenerkrankungen. *Komplik.:* Korsakowsche Psychose häufig vorübergehend oder länger bei allen möglichen Hirnerkrankungen. *Therapie:* Beseitigen der Ätiologie (Alkohol, Infektion), Nierenbehandlung. Jodkali. Gegen Muskelatrophie Massage, Elektrizität. *Prognose:* Bestimmt durch die Grunderkrankung. L. W. Weber.

**Krämpfe.** Tonischer Krampf = unwillkürliche Muskelcontraction von langer Dauer. Klonischer Krampf = rasch wechselnde, von momentaner Erschlaffung gefolgte flüchtige Muskelcontractionen. Allgemeine u. lokalisierte (nur ein Muskelbündel, Muskel, einzelne Muskelgruppe betreffende) Kr. Tetanische Kr. = Kr. grosser Muskelmassen, meist von abnorm langer Dauer. Konvulsionen = klonische Kr. mit heftiger schüttelnder Bewegung der betr. Extremität. *Ätiol.:* Direkt von den motorischen Centren ausgelöst (z. B. Gehirngeschwülste, Jacksonsche Epilepsie) oder reflektorisch (durch Reizung sensibler Bahnen; so bei jeder schmerzhaften Affektion; cf. Facialiskrampf, Tic douloureux). Als reflektorisch sind auch die Kr. bei schweren Vergiftungen der Reflexcentren aufzufassen (Strychninvergiftung, Tetanus), wobei infolge der gesteigerten Erregbarkeit der Centren jeder leise periphere Reiz zur Auslösung der Krämpfe führt. Erhöhte Reflexerregbarkeit ruft auch bei organischen Affektionen der Nervensubstanz Kr. hervor (Hirnrindenerkrankung, viele Rückenmarksleiden), z. B. bei Reflexauslösung. Viele spontane, sowohl klonische als tonische

Kr. entstehen durch chronische oder akute Intoxikationen (Chorea\*, Tetanie\*, Eklampsie\*), endlich eine grosse Anzahl auf psychogenem Wege (Hysterie\*, Epilepsie\*, Paramyoklonus\*, Tickkrankheit\*, Beschäftigungsneurosen\*). Bei vielen ist die Entstehung völlig dunkel (die meisten Tremorformen, Paralysis agitans\*), aber auch hier wie wohl bei allen Krämpfen ist Ursprungsort der Hyperkinese in die Hirnrinde zu verlegen, die bisweilen durch organische, häufiger durch funktionelle Störungen zur Auslösung von Krämpfen disponiert wird. Sehr viel seltener bilden Reizzustände in den Kernen motorischer Nerven die Ursache (manche Formen von Facialiskrampf\*). **Sympt.:** S. oben. Die Kr. können kontinuierlich (manche Formen von Tremor, Tic, Athetose), bei bestimmten Bewegungen regelmässig wiederkehrend (Paralysis agitans, Beschäftigungsneurosen) oder — am häufigsten — rein anfallsweise auftreten; auch dann ist ihre Dauer verschieden, von Sekundenbruchteilen (die meisten klonischen Kr.) bis zu über Minuten, Stunden u. Tage fortgesetzten, aus klonischen oder tonischen Kr. zusammengesetzten Krampfanfällen, bisweilen mit Bewusstlosigkeit einhergehend. Andere Begleitsymptome (Parästhesien usw.) cf. bei den einzelnen Erkrankungen. **Diagnose** der Art der Kr. oft schwierig. Organisch bedingte Kr. sind meist lokalisiert, kehren im gleichen kleineren oder grösseren Muskelgebiet regelmässig wieder. Funktionell u. besonders psychogen bedingte Kr. wechseln zwischen allen Muskelgebieten. Bes. schwierig oft Trennung hysterischer\* u. epileptischer\* Kr. **Therapie:** Fast nur kausal möglich; Bekämpfung des Krampfanfalles oder der Einzelzuckung gelingt selten. Cf. die einzelnen Erkrankungen. Bei bedrohlich andauernden Kr. (z. B. Chorea, Epilepsie, chron. Intoxikationen) gelingt Unterbrechung bisweilen durch Narkotica (Chloroformnarkose, Scopolamin [Rp. 137], grosse Bromdosen) oder Hydrotherapie (Eisbeutel, Pakkungen), bei Hysterie durch Suggestionsmittel. Völlige körperliche u. geistige Ruhe ist bei allen Krampf-Formen wichtig, ferner Psychotherapie, Klimakuren. S. Schoenborn.

### **Kraurosis vulvae.** Atrophie der Haut der Vulva.

**Sympt.:** Die ganze Vulvahaut sieht weiss-narbig aus, fühlt sich hart, geschrumpft an. Kleine Labien nicht mehr zu erkennen, grosse geschrumpft. Ev. Juckgefühl. **Therapie:** Konservativ meist nutzlos. Daher am besten Exstirpation der geschrumpften Hautpartien. Fromme.

**Kretinismus. Ätiol.:** Schilddrüsenerkrankung, meist angeboren oder im Kindesalter erworben durch Bodenbeschaffenheit, Trinkwasser oder direkte Infektion; in bestimmten Gegenden besonders häufig. Hereditäre Lues u. a. unterstützende

Momente. *Sympt.*: Körperlich: Zwergwuchs, Mikrocephalie oder Hydrocephalie, breite aufgeworfene Nase, breite Augenhöhlen, vorgeschobene Kiefer, verdickte u. mangelhaft ossifizierende Extremitätenenden. Psychisch: Die Zeichen des angeborenen Schwachsinn (s. d.); oft hochgradig entwickelt. *Therapie*: Prophylaktisch Entfernung aus der Kretinengegend. Gutes Trinkwasser. — Bei bestehendem K. Darreichung von Schilddrüsentabletten (Rp. 179 ff.) regelmässig mit Intervallen über Jahre fortgesetzt. Jodpräparate. Arsenik (Rp. 21 ff.). — Erzieherische Behandlung des Schwachsinn, ev. in geeigneten Schulen. L. W. Weber.

**Kryptorchismus.** Mangelhafter oder ganz ausgebliebener Descensus testicularum. Gewöhnlich einseitig (Monorchismus); je nach Lage des Hodens abdominaler oder Leisten-K. *Sympt.*: Fehlen eines oder beider Hoden im Scrotum. Leistenhoden fühlt man in der Leistengegend; Bauchhoden wird zuweilen beim starken Husten herabgepresst. Ziehende Schmerzen bis ins Scrotum, nicht immer. Sehr oft oberhalb des Hodens Leistenhernie. — Hoden selbst öfters atrophisch, neigt zu maligner Entartung, Leistenhoden ist leicht Traumen ausgesetzt. *Therapie*: Bei stärkeren Beschwerden, wenn Hoden zu erreichen, Orchidopexie, d. h. Fixierung möglichst tief im Grunde des Scrotums, nachdem er durch Schnitt zugänglich gemacht ist. Bei starker Atrophie Exstirpation, dgl. bei maligner Entartung. Leser.

**Kupfervergiftung.** Durch lösliche Cu-Salze (Kupfervitriol, Grünspan usw.). Ob Speisen, die in kupfernen, messingnen, schlecht verzinnten Gefässen zubereitet sind, Nahrungsmittel (Mehl, Konserven usw.) mit Zusatz von Cu-Salzen schwerere Vergiftung bewirken können, ist fraglich; oft hier wohl verdorbene Speisen Ursache. *Sympt.*: Verätzung der Speisewege, Metallgeschmack, Gastroenteritis, Erbrechen grünlich-blauer Massen, Meteorismus, Koliken, Tenesmus, Blut in Stuhl u. Harn. Auch Kopfschmerzen, Schwindel, Krämpfe, Lähmungen, Leber- u. Nierenentzündung, Kollaps. Meist Genesung, selten Exitus. *Therapie*: Magenentleerung wegen spontanen Erbrechens meist unnötig. Milch, Eiweiss, Magnesia usta, Holzkohle, teelöffelweise in Milch; Eisenfeilspäne messerspitzenweise. Im übrigen symptomatisch. Cave Fette!

Guttman.

**Kyphose.** Verkrümmungen der Wirbelsäule nach hinten in rein sagittaler Ebene. *Ätiol.*: 1. Rachitis, 2. Tuberkulose. *Sympt.*: Bei 1. neben sonstigen Symptomen der Rachitis runder Wirbelsäulenbuckel (arcuäre K.), Muskelschwäche, aber keine Lähmungen. Bei 2. spitzwinkliges Vorspringen eines sehr oft

druckschmerzhaften Dornfortsatzes (anguläre K.). Infolge Kompression des Rückenmarks Paresen oder Paralysen der Beine, auch Blasen-, Mastdarmschwäche. Heftige Schmerzen durch Druck auf sensible Wurzeln. **Komplik.:** Bei Tuberkulose Senkungsabscesse, nach vorn längs des Ileopsoas unter dem Leistenband vortretend oder nach hinten in der Lendengegend. **Therapie:** Bei Rachitis neben Allgemeinbehandlung Gipsbett bzw. Rauchfussische Schewebe. Bei Tbk. allgemeine u. lokal mechanische Behandlung durch orthopädische Spezialisten. Cf. Spondylitis, Skoliose. Kaposi.

**Labyrinthkrankungen.** Von Acusticuserkrankungen\* nicht stets zu trennen, häufig kombiniert. Hyperämie, Anämie, seröse, eitrige Exsudate u. Entzündungen, Blutungen, Tumoren (Tuberkulome, Syphilome, Fibrome, Osteome, Sarkome, Carcinome). **Ätiol.:** Primär oder vom Mittelohr, von den Meningen, von der Knochensubstanz, oder hämatogen induzierte Erkrankungen, chronische Eiterung, bes. Cholesteatom, Meningitis cerebros spinalis, Lues acquisita u. congenita, Skorbut, Leukämie, chronische u. akute Nephritis, heftige plötzliche Luftdruckschwankungen, Gewebszerreissungen durch Frakturen des Felsenbeines, Erschütterung durch Schlag oder Fall. **Sympt.:** Reizungs- u. Ausfallserscheinungen a) des akustischen, b) des statischen Organs. a) subjektive Geräusche, vorwiegend hohe, manchmal musikalische, Vogelzwitzchern, kon- oder diskontinuierlich, Hyperästhesie für hohe Töne u. Geräusche, Schwerhörigkeit bes. für hohe u. höchste Töne bzw. für Wörter von hohem Klangcharakter (aus ei, i, e, s, ch, z gebildete), in vorgeschrittenen Fällen bis an die Grenze der Taubheit reichend. Hörstörung meist rasch auftretend u. zunehmend. Diplakusis (verschiedene Tonhöhe auf beiden Ohren für denselben Ton); Dipl. echotica (verlängertes Hören nach Erlöschen der Schallquelle) selten beobachtet. b) Drehschwindel u. Scheinbewegung der äusseren Gegenstände, Nausea, Erbrechen, Spontannystagmus. Bei chronischen L. mehr die akustischen Störungen; bei akuten, oder akuten Rezidiven noch die statischen hinzutretend (cf. Ménière). Bei Zerstörung des Bogenganglabyrinthes Fehlen des kalorischen Nystagmus, der durch Einblasen kalter Luft oder durch Eingiessen kühlen Wassers in den Gehörgang des Normalen erzeugt wird. **Diff.-Diagnose:** Bei normalem Trommelfellbefunde Besserhören der tiefen u. oft noch des tiefsten Tones der Skala (C), schlechteres Hören der höheren Töne u. Ausfall der höchsten, schlechteres Hören der hohen Sprachlaute, Verkürzung der Hördauer schwingender Stimmgabeln in Kopfknochenleitung; beim Weberschen Versuche wird der Ton der auf den Scheitel aufgesetzten Schallquelle nach dem gesunden oder dem weniger schwerhörigen Ohre ge-

hört; positiver Rinne, selbst mit den tiefsten verwendeten Stimmgabeln. Bei Mittelohraffektionen entgegengesetztes Verhalten aller dieser Proben. Bei einseitiger Mittelohrreiterung ist plötzlich auftretendes Hinüberhören einer Schallquelle vom Scheitel aus nach der gesunden Seite Hinweis auf ev. eingetretene Labyrinthkomplikation. Gegen Erkrankungen des Nervenstammes u. der centralen Hörbahn in chronischen Fällen durch Hörprüfung nicht scharf abzugrenzen; hier ist auf die statischen Störungen (s. o.) Wert zu legen. **Prognose:** In chronischen Fällen meist schlecht, in akuten um so besser, je gesicherter u. früher die Diagnose gestellt ist. **Therapie:** Bei akuten Entzündungen u. Traumen Ruhe, Stille, Eisbeutel, Ableitung auf den Darm, Brom, allenfalls Morphium. Später Jodkali, Pilokarpinkur (cf. S. 5). In chronischen Fällen auch kleine Chinindosen (0,1—0,2 2 × tgl.) viele Wochen lang u. wiederholt. Galvanische Behandlung vereinzelt empfohlen. Bei Labyrinthlues spezifische Therapie u. oft mit bestem Erfolge Pilocarpinkur. Im akuten Stadium keine Lokalbehandlung. Gegen Sausen mit zweifelhaftem Erfolge Bromäthyl-dämpfe durch den Ohrkatheter, sowie Gehörgangs- oder Paukenhöhlenmassage (elektrisch oder mechanisch angetrieben). Hörrohre u. Ablesenlernen vom Munde. Bei eitrigen Entzündungen operatives Vorgehen, wenn Übergreifen auf das Endocranium infolge eines solchen nicht mehr zu befürchten, oder wenn schon beginnende Meningitis besteht. Vorher Radikaloperation zur Zugänglichmachung der Labyrinthkapsel. Bloch.

**Lähmungen.** Je nach Intensität der Störung Parese (Schwächezustand) oder Paralyse (vollständige L.). Befallen können sein einzelne Muskeln; Muskelgruppen, ferner ganze Extremitäten (Monoplegie), Körperhälften (Hemiplegie), beide Beine oder Arme (Paraplegie), beide Beine und Arme (Tetraplegie). Danach schon bisweilen Lokalisation möglich: Monoplegien am häufigsten durch periphere, sonst durch kleine Gehirn- oder Rückenmarksläsionen bedingt. Hemiplegie ganz überwiegend cerebralen, Paraplegie u. Tetraplegie überwiegend spinalen (oder pontinen) Ursprungs. Zuverlässigere Resultate durch Trennung der L. im peripheren u. im centralen motorischen Neuron. L. im centralen Neuron zeigen Reflexsteigerung (bes. Sehnenreflexe, Babinski), Spannungen der geschwächten Muskeln, keine degenerative Atrophie. L. im peripheren Neuron sind schlaffe L., zeigen degenerative Atrophie, aufgehobene Sehnen- (mitunter Haut-) Reflexe. Läsion der peripheren motorischen Ganglienzellen (sog. Kernlähmung, im Rückenmark in den Vorderhörnern, im Cerebrum, in Oblongata, Brücke, Hirnschenkeln gelegen) macht im allgemeinen das Bild der Affektion des peripheren Neuron. **Ätiol.:** Jede Erkrankung,



die zur Leitungsunterbrechung des peripheren oder motorischen Neurons führt, kann L. machen; am häufigsten durch Blutung (cf. Apoplexie, Hämatomyelie), Kompression (cf. Gehirngeschwülste), Entzündung (cf. Encephalitis, Myelitis, Neuritis) der Bahnen oder Kerne sowie durch direkte traumatische Schädigung. Endlich psychogene L., vor allem Hysterie.

**Sympt.:** Die durch die L. bewirkte Schwäche ist meist leicht erkennbar, wenn sämtliche Muskeln des betr. Gliedes — besser des ganzen Körpers — durchgeprüft werden. Der Kranke ist aufzufordern, nacheinander alle Muskeln möglichst isoliert in Tätigkeit zu versetzen (exakte Beobachtung des Bewegungseffekts!). Ergibt sich hierbei die erwartete Parese nicht, so werden dieselben Bewegungen gegen aktiven Widerstand ausgeführt. Bei kleinen Kindern ist oft nur reflektorische Bewegung zu prüfen: leichter Schmerzreiz (Nadelstich), dem zu entfliehen das Kind den fraglichen Muskel innervieren muss (doch gelingt exakte Prüfung oft nicht). Sind grössere Muskelgruppen, ganze Extremitäten gelähmt, so ist die Prüfung einfacher. Man hebt die Extremität; die gelähmte fällt schlaff zurück (Apoplexie, auch Hysterie), während die noch bewegungsfähige dabei stets etwas Muskelcontraction zeigt (misslingt bei Kindern bisweilen). Oder man bringt das Glied in eine Lage, zu deren Veränderung aktive Bewegung der fraglichen Gruppen nötig ist. Zur genauen quantitativen Prüfung des Grades der L. ist, ausser der elektrischen Untersuchung (s. u.), für einzelne Muskelgruppen auch das Dynamometer brauchbar (Händedruck). Manche Lähmungen verraten sich schon durch Formveränderung: Verstreichen der Gesichtsfalten bei Facialis-, Sinken der Fusspitze bei Peroneuslähmung. Bei Läsionen des peripheren Neuron häufig auch durch die Atrophie (obwohl Atrophie u. Parese nicht stets parallel gehen!), so z. B. Atrophie der kleinen Handmuskeln bei Ulnaris-, Medianuslähmung, Abmagerung des Beines bei Ischiadicuslähmung, Poliomyelitis usw. Umgekehrt werden Paresen oft verschleiert bei L. des centralen Neuron durch die Spannungen (bei Spinalparalysen, alten Apoplexien erscheint ein Glied, eine Muskelgruppe brettartig kontrahiert, die in Wirklichkeit — nachweisbar durch Durchschneidung hinterer Wurzeln — paretisch, dabei aber spastisch ist). Hysterische L. verhalten sich wie organische, zeigen aber niemals degenerative Atrophie (elektr. Prüfung!), meist auch keine regionäre Reflexveränderung; können schlaff oder spastisch sein. Grad, Natur u. Ausdehnung der L. sind am zuverlässigsten durch elektrische Prüfung zu erkennen: Man setzt die grössere (ca. 10×20 cm), indifferente Elektrode (bei galv. Prüfung von L. zunächst die Anode) auf Nacken, Lendengegend oder Sternum, die kleine (ca. 10 qcm) differente

Reizelektrode auf den zu prüfenden Teil (Nerv oder Muskel) und schliesst den Strom bei mittlerer Stärke (faradisch ca. 100 mm Rollenabstand, galvanisch 5—6 M.-A., am Kopf weniger). Je nachdem die Reizelektrode auf einem Nerven- oder Muskelpunkt sass (vgl. das Erbsche Schema), zuckt das zu prüfende Nervengebiet oder der einzelne Muskel, u. zwar ist mittels Stromwenders leicht das Verhalten des Zuckungsgesetzes feststellbar (normal zuckt der Muskel rasch, kurz, zuerst bei Kathodenschliessung (K S; die Elektrodenbezeichnung stets auf die Reizelektrode bezogen); nach Steigerung der Stromstärke bei Anodenschliessung (An S), fast gleichzeitig bei Anodenöffnung (An O) zuletzt bei Kathodenöffnung (KO). Beim faradischen Strom erfolgt Zuckung zuerst bei Schliessung, zuletzt bei Öffnung. Spastische Paresen machen keine oder undeutliche Veränderung dieser Reaktion. Bei schlaffer L. (peripheres Neuron) geht mit dem Grade der L. meist parallel der Grad der sog. Entartungsreaktion (Ea R). Bei kompletter Ea R ist die Erregbarkeit der Nerven u. des Muskels für faradischen Strom erloschen, ebenso die Erregbarkeit der Nerven für galvanischen Strom, während der Muskel galvanisch gesteigert erregbar ist u. „träge Zuckung“ (wurmartige langsame Contraction) aufweist; hiebei ist die An S-Zuckung der K S-Zuckung gleich oder übertrifft sie an Stärke. Bei geringeren Lähmungsgraden gibt es partielle Ea R: faradische Erregbarkeit nur herabgesetzt, galvanische zeigt mehr weniger deutlich träge Zuckung u. Umkehr des Zuckungsgesetzes. Zahlreiche Übergänge! Bei ganz alten Lähmungen (central wie peripher) kann jede elektrische Erregbarkeit erloschen sein. Zur genauen Eruiierung des Schwächezustandes einzelner Muskeln muss oft die Reizschwelle genau mit der Tabelle der normalen Reizgrösse verglichen werden. — Träge Zuckung ist oft auch mechanisch (durch Beklopfen des paretischen Muskels) hervorzurufen. — Begleitsymptome mancher Lähmungen: Fieber, Schmerzen, Sensibilitätsstörungen usw. (cf. bei den einzelnen L.). Häufig erreichen akut einsetzende L. nicht sofort ihren vollen Grad (Kinderlähmung\*, grössere Apoplexien\*), sondern wachsen noch innerhalb Stunden u. Tagen. Oft allmählich etwas spontane Besserung. Auch langsam eintretende (z. B. toxische) L. zeigen erst spät ihre Ausdehnung. Rückbildung noch nach Jahr u. Tag möglich (bei schlaffen Lähmungen im allgemeinen günstiger). Periphere wie centrale Lähmungen führen später oft zur Bildung von Contracturen der gelähmten Gebiete (Facialis-, Ischiadicusgebiet). **Diff.-Diagnose:** Nach obigen Kriterien leicht, auch für den Sitz der Läsion im centralen oder peripheren Neuron. Hysterische L. sind, ausser durch Stigmata usw. u. ex iuvantibus, auch erkennbar aus dem völligen Fehlen

jeder Ea R. **Prognose:** Je nach Ausfall der elektrischen Untersuchung. Cf. Facialislähmung. **Therapie:** Bei allen frischen L. Ruhe; bei Blutungen (bes. central) Eis, Schutz der gelähmten Glieder gegen Verletzungen; bei entzündlichen L. ev. Salicylpräparate. Später je nach Ätiologie u. Sitz der Läsion. Elektrische Behandlung auch bei centraler L. meist, bei peripherer stets notwendig: kleine Kathode auf das gelähmte Gebiet, faradische u. namentlich galvanische stabile (Elektrode bleibt bei 5—8 M.-A. einige Minuten ruhig liegen) oder labile Behandlung (Elektrode wird bei gleichem oder stärkerem Strom sanft streichend über das gelähmte Glied geführt). Ferner bei centralen Lähmungen: Übungen, passive Bewegungen, Jodkali; bei peripheren Lähmungen Übungen, Jodkali, Strychnin. Auch Hydrotherapie, CO<sub>2</sub>-Bäder, Fichtennadelbäder. Die häufigen Spätcontracturen erfordern chirurgische Behandlung (cf. S. 29). Bei Hysterie: Suggestionstherapie, faradischer Strom.

S. Schoenborn.

**Lagophthalmus. Ätiol.:** Schrumpfung der Lider infolge chron. Schleimhautentzündungen (Pemphigus conj., Trachom), Verletzungen, Verbrennungen u. Verätzungen. Exophthalmus (namentlich bei Basedow), Lähmung des Orbicularis infolge Facialisparesie. **Sympt.:** Lidspalte kann nicht geschlossen werden, so dass Pat. mit offenem Auge schlafen. **Komplik.:** Austrocknung der Bindehaut, Xerosis, Ulcus corneae, Keratomalacie. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens. Elektrische Behandlung bei Facialisparesie. Verengung der Lidspalte durch Tarsorrhaphie, ev. kombiniert mit keilförmiger Excision aus dem Unterlide. Verschluss des Auges durch Verband, ev. nur nachts.

Schieck.

**Landrysche Paralyse.** Seltene, rasch von unten nach oben fortschreitende Lähmung. **Ätiol.:** Bisweilen auf Polyneuritis beruhend, bisweilen rasche Myelitis\*. Gelegenheitsursache Erkältungen, Infektionen. Vielleicht Lues. Häufig ganz dunkel. **Pathol. Anat.:** Keine eindeutigen Veränderungen. bisweilen Neuritis. **Sympt.:** Bisweilen einige Tage prodromales Unbehagen, Rücken- u. Gliederschmerzen. Dann rasch einsetzende, bald bis zur Paralyse gesteigerte Lähmung zuerst der Beine, dann die Bauch-, Rücken-, Brustmuskeln, Arme ergreifend, zuletzt oft noch Zwerchfell, Kopfmuskeln. Oft völlige Bewegungs-, Schluck-, Sprechunfähigkeit. Häufig hier (nach einigen Tagen bis Wochen) Tod durch Atem- oder Herzlähmung. Stets schlaffe Lähmung ohne EaR, erloschene Reflexe. Keine Sensibilitätsstörung, Sphincteren u. Sensorium frei. Oft wie Infektionskrankheit mit Fieber u. Milzschwellung. Jungendliches Alter bevorzugt. **Prognose:** Stets sehr ernst, doch kann nach

Tagen u. Wochen Heilung erfolgen. **Diagnose:** Bei längerer Beobachtung leicht, sonst oft sehr schwer. Gegen Polyneuritis\* durch Fehlen der Ea R., gegen Poliomyelitis\* u. reine Myelitis\* durch gleichmässig ascendierenden Charakter der Lähmung, gegen Hysterie\* durch Schwere des Krankheitsbildes abgrenzbar. **Therapie:** Im Beginn Salicylpräparate (Rp. 37, 38), Ergotin (Rp. 39), Einreibungen von Ung. cinereum (Wassermann!). Später Strychnininjektionen (Rp. 152), milde Hydrotherapie (laue Bäder), Galvanisation u. Faradisation (bes. des Phrenicus bei drohender Atemlähmung). S. Schoenborn.

**Larva migrans.** **Ätiol. u. Sympt.:** Eine auf der Haut u. im Verdauungskanale des Pferdes schmarotzende Fliegenmade (wahrsch. Gastrophiluslarve), befällt in heissen Sommermonaten kleinere oder grössere Körperstellen, erzeugt unter Jucken u. Brennen eine einzige rote, wenig über das Niveau erhabene, unregelmässig geschlängelte, niemals verzweigte Linie, die sich mehr weniger schnell an einem Ende (1—15 cm in 24 Stunden) verlängert, am anderen Ende in einigen Tagen abheilt; niemals Eiterung. Nach einigen Wochen Spontanheilung. **Therapie:** Beseitigung der Maden mit dem Skalpell. M. Joseph.

**Laryngitis acuta.** **Ätiol.:** Erkältungen, Durchnäsungen, Weiterschreiten von Rhinitis acuta\*, Pharyngitis acuta\*; namentlich bei Kindern mit adenoiden Vegetationen\*. Berufliche Überanstrengung der Stimme (Sänger, Lehrer, Prediger usw.). Einatmung von Staub oder reizenden Gasen. Zu starker innerlicher Jodgebrauch. Übermässiger Genuss von Alkohol u. Tabak selten, mehr bei Laryngitis chronica\*, Influenza, Masern, Scharlach, Abdominaltyphus. **Sympt.:** Brennendes, stechend trocknes Gefühl im Halse, beim Schlucken oft Schmerz. Hustenreiz oft quälend mit Wundgefühl. Nach einigen Tagen gewöhnlich schleimig bis schleimig-eitrige Sekretion, gleichzeitig Nachlass der Beschwerden u. leichte Expektoration. Fieber nicht immer (meist nur bei Kindern), gewöhnlich geringgradig. Rauhe bis heisere Stimme (s. Heiserkeit) oder Aphonie\* (bei mechanisch behindertem Stimmbandschluss infolge von entzündlichen Schwellungen). Laryngoskopisch: Rötung, Schwellung, feuchte Auflockerung der gesamten Kehlkopfschleimhaut, bes. Stimmlippen mehr minder rot; häufig starke Schwellung der Taschenfalten, auch der subglottischen Schleimhaut, die dann unter den Stimmbändern hervorsticht (namentlich bei Influenza). Selten oberflächliche Defekte bzw. flache Ulcera infolge Epithelnekrose (ebenfalls bes. bei Influenza), Sekret selten, mitunter bei Köchinnen, Schmieden u. a. bei offenem Feuer arbeitenden Berufen

trockene Borken (L. sicca), die Atembehinderung verursachen können. Bei forcierten Abhustungsversuchen der fest anhaftenden Borken auch Blutungen u. Ecchymosen (L. haemorrhagica). Sehr häufig bei Phonation dreieckförmiges Klaffen des hintersten Stimmritzenabschnittes infolge von Parese des M. transversus, sowie überhaupt elliptisches Offenbleiben der ganzen Glottis wegen Schwäche des Schliessmuskels; auch Kombination beider Formen. **Diff.-Diagnose:** Beginnende Kehlkopftuberkulose\* (oft nur ein Stimmband befallen ausser sonstigen Tuberkulosesymptomen); Kehlkopfsyphilis\*, namentlich Erythema syphiliticum. **Komplik.:** Ausbreitung auf gesamte obere u. tiefe Luftwege wie Rhinitis, Pharyngitis, Bronchitis acuta, auch Otitis media. **Therapie:** Bei Influenza, Masern usw. Behandlung des Grundleidens. Sonst Ruhe, Schweigen, Regelung der Diät wie Enthaltbarkeit von Alkohol u. Tabak, Vermeiden von saueren, scharfgewürzten, heissen u. kalten Speisen, namentlich Getränken (stets nur gemässigte Mitteltemperaturen). Warme oder Priessnitzsche Halsumschläge. Sodener oder Emser Pastillen; auch schmerztlindernde (Angina-) Pastillen. Bei Fieber Antipyretica (Rp. 37). Bei Husten Expectorantia (Rp. 89—97); erforderlichenfalls Narkotica (Rp. 132 bis 136). Lokale Behandlung meist unnötig, ev. Streupulver-Einblasungen (Rp. 4). Pinselungen wirken wegen direkter Berührungszreizung oft schädlich. Bei Laryngitis sicca zur Lösung der Borken Inhalation von (nicht zu warmen) Wasserdämpfen oder von Ammon. muriat. 2,0, Glycerin 2,0, Aq. dest. ad 100,0; lokal auch Einträufelung von Mentholöl 10%, Euphenöl 10%. Prophylaktisch gegen Erkältungen Abhärten (zweckmässige Kleidung, kalte Wasser-, See- oder Luftbäder, Leibesübungen im Freien u. a. m.).

Max Senator.

**Laryngitis chronica.** Vorwiegend bei Männern im mittleren Lebensalter. **Ätiol.:** Fast nie primär oder allein, meist fortgeleitete bzw. begleitende Rhino-Pharyngitis. Mundatmung infolge von Behinderung der Nasenatmung (nasale Schleimhauthypertrophien, Septumleisten\*, -verbiegungen, adenoiden Vegetationen\*, Gaumenmandelhypertrophie\*). Verschleppte Laryngitis acuta. Saure, scharfe, gewürzte u. bes. zu heisse, auch zu kalte Speisen u. Getränke. Missbrauch von Alkohol u. Tabak. Dauernde Einatmung von Staub oder reizenden Gasen. Anstrengung oder Missbrauch der Stimme bei Berufsrednern (Lehrern, Sängern, Geistlichen usw.). **Sympt.:** Trockenheitsgefühl, Kitzel, Räuspern, Hustenreiz, Ermüdung bei Gebrauch der Stimme. Rauhe Sprache bis Heiserkeit\* u. Aphonie (bei mechanisch z. B. durch Schleimhautschwellungen behindertem Stimmbandschluss), manchmal nur morgens oder zu Anfang des Sprechens, nachher klarer werdend (anhaftendes

Sekret, das nachher gelöst). Sekretion meist spärlich, zähe, mehr bei begleitender Bronchitis\*. Laryngoskopisch: Schwellung u. Rötung der Kehlkopfschleimhaut, meist schwächer als bei Laryngitis acuta\*, nur bei Exacerbationen gleichstark, mitunter nicht gleichmässige, sondern gesprenkelte Röte. Stimmlippen oft grau bis graurot. Schwellung (Fältelung) der hinteren Larynxwand, der subglottischen Schleimhaut (L. chron. subglottica), der Taschenfalten mit mehr minderer Verdeckung der darunter liegenden Stimmlippen, die ebenfalls öfters im ganzen verdickt, so dass sie in ausgesprochenen Fällen abgerundet erscheinen. Erosionen u. oberflächliche Ulcera selten. Bei lang bestehender Erkrankung Unebenheiten, Höcker, Rauheiten der Stimmlippen (Chorditis tuberosa, auch Trachom der Stimmlippen). Erschlaffung der Stimmbandmuskeln u. ungenügender Glottisschluss (elliptische Form, wenn Parese der Musculi thyreoarytaenoidei; dreieckige Form im hintersten Teil, wenn Parese des Musculus transversus oder beider kombiniert). Sekret spärlich, meist in Fadenform zwischen den Stimmlippen, auch eingetrocknet u. fest anhaftend, dann gelegentlich mit Bewegungs- u. Atmungsstörungen. **Diff.-Diagnose:** Pachydermia laryngis\* namentlich bei Stimmbandverdickungen im hinteren Drittel. Kehlkopftuberkulose\*. Kehlkopfsyphilis\*. Sklerom bei subglottischen Schwellungen. **Komplik.:** Ausbreitung bzw. Mitbeteiligung der gesamten oberen u. tieferen Luftwege, wie Rhino-Pharyngitis chronica, Bronchitis chronica\*. **Therapie:** Behandlung bzw. Beseitigung etwaiger nasaler oder sonstiger Atmungsbehinderungen. Fernhalten von Schädlichkeiten wie saure, gewürzte, scharfe, heisse, kalte Speisen u. Getränke (stets nur gemässigte Mitteltemperaturen), von Staubeinatmen usw. Schweigekuren. Bei Stimmbanderschlaffungen Elektrisieren, Vibrationsmassage. Inhalier- u. Trinkkuren in Ems, Soden, Reichenhall, Obersalzbrunn, Nennendorf, Weilbach, Gurnigel, Aevaneu, Heustrich u. a. Seeaufenthalt bzw. Seebäder. Abhärten (cf. Laryng. acuta). Bei Husten Expectorantia (Rp. 89—97), ev. Narkotica (Rp. 132 bis 136). Lokal (nur unter Leitung des Kehlkopfspiegels!). Adstringentia. Pinselungen wirken wegen Berührungsreiz meist verschlimmernd; deshalb besser Einspritzung von Solut. Zinci chlorat. 1—2%, Solut. Protargoli 1—3%, Lugolscher Lösung (Rp. 190) (zum Wasser bis Kognakfärbung) oder gleichstarker Mandlscher Lösung (Rp. 192). Einblasen von Natr. sozodol. oder Zinc. sozodol. Beides 2 zu Sacchar. lactis. 10. Bei anhaftendem Sekret wie Laryngitis acuta\*. Bei circumscribten Verdickungen gelegentlich auch intralaryngeale instrumentelle Entfernung. Bei akuten Exacerbationen wie Laryngitis acuta\*.

Max Senator.

**Laugenvergiftung.** Bes. Kali- u. Natronlauge; auch Pottasche, Soda. *Sympt.:* Wie bei Säurevergiftung. *Diff.-Diagnose:* Alkalische Reaktion des Erbrochenen u. der Ätzstellen im Munde. *Therapie:* Trinken von verd. Essig, Zitronensaft, Säurelimonaden (Rp. 176); auch Gurgeln damit. Im übrigen wie bei Säurevergiftung. Guttman.

**Leberabscess.** *Ätiol.:* Infektion aus Nachbarschaft (Gallen- u. Lymphwege, bes. von Gallensteinen, Cholangitis, Pylephlebitis her) oder auf Blutweg (meist aus Pfortadergebiet: Darmulcera, bes. bei Dysenterie); auch durch rückläufige Embolie (Hohlvene); metastatisch bei Pyämie (meist multipel). In den Tropen sehr häufig (meist von Dysenterie). *Sympt.:* Akut = Septicopyämie\*. Bei chronischem Verlauf (bis Monate) ev. vielgestaltiges Bild. Leber vergrößert, ev. rundliche Vorwölbungen (ev. fluktuierend), meist schmerzhaft bei Druck; Ausstrahlung (rechte Schulter). Wenn an Zwerchfellkuppe, dann oft Pleuritis, auch Atembeschwerden. Febris intermittens (Frost, Fieber, Schweiß, abwechselnd). Ikterus, wenn Gallengangskompression (auch Ascites) oder von Cholangitis her. Selten mehr latenter Verlauf (chronisch, abgekapselt). Arneth.

*Prognose:* Stets dubia wegen ev. Multiplizität (auch tropischer Abscesse), Gefahr der Perforation ins Peritoneum, Pleuraraum, Herzbeutel, rascher Kachexie durch hohes Fieber. *Therapie:* Therapeutische Punktion, auch Probepunktion streng verboten! Sobald Diagnose gestellt, Operation: Entleerung des Abscesses u. Einnähung seiner Wand in die Wunde. Bei Adhäsionen leicht; sonst vor Eröffnung Schutz des Peritoneums erforderlich. Kaposi.

**Leberatrophie, akute gelbe.** *Ätiol.:* Infektiös (bes. Kokken, auch bei Infektionskrankheiten verschiedener Art), toxisch (Autointoxikation?), in der Schwangerschaft (5. bis 8. Monat), bei Pilz-, Phosphor-, Wurst- (Ptomain-) usw. Vergiftung. *Sympt.:* Dem eigentlichen 2. schweren Stadium (= Autointoxikation infolge Leberinsuffizienz) gehen meist Magen-Darmbeschwerden aller Art (= 1. Stadium) voraus. Ikterus, rasch stärker; schwere nervöse Störungen (Übergang zum 2. Stadium) aller Art bis Tobsucht. Leber, anfänglich auch etwas vergrößert, nimmt von links her rasch an Grösse ab (Perkussion!); Druckempfindlichkeit (auch Schmerz). Urin wenig bis fehlend, im Bodensatz Leucin u. Tyrosin (Amidosäuren = Harnstoffvorstufen), Harnstoff daher ganz oder fast fehlend, N- u. NH<sub>3</sub>-Ausscheidung erhöht. Bilirubin; zuweilen Eiweiss; immer Cylinder; Leukocytose. Fieber fehlend oder erst zuletzt. Schwere Blutungen überall möglich. Gewöhnlich rasch (bis 4 Wochen) Tod, aber auch längere Dauer. *Diff.-Diagnose:*

Gegen einfachen Ikterus erst im 2. Stadium abgrenzbar. Leberdämpfung kann auch bei Colonzwischenlagerung verschwunden sein. — Bei Cirrhose längere Entwicklungsdauer. Bei Phosphor-Vergiftung: Anamnese, Mageninhalt untersuchen, Leber bis Ende grösser, direkt schmerzhaft bei Druck. **Therapie:** Fast immer aussichtslos. Abführen, wenn Ingesta schuld; bei Lues entsprechend, sonst symptomatisch (bes. Magendarmbeschwerden). Arneth.

**Lebercirrhose.** Chronische interstitielle Leberentzündung. Entweder betroffen das die Pfortaderäste begleitende Bindegewebe (portale Form, Granularatrophie), oder vom Gallengangsystem ausgehend (biliäre Form), ferner bei Stauung infolge von Herzfehlern (kardiale Form), schliesslich im Alter (arteriosklerotische Form).

1. **Granularatrophie.** (Laënnecsche Cirrhose). **Ätiol.:** Primär, portal (Granularatrophie) fast immer durch Alkoholismus; auch nach Infektionskrankheiten (Lues, Malaria, Tuberkulose); selten durch starke Gewürze, starken Kaffee, Ptomaine, Muschgift, Blei, Arsenik, Phosphor, bei Diabetes, Gicht. **Sympt.:** Zuerst latentes (auch hypertrophisches, ev. selbst länger dauernd), dann atrophisches Stadium. Vorboten: Magen-Darmbeschwerden. Bei Eintritt der Pfortaderstauung Leber ev. grösser, empfindlich; isolierter Ascites\*; Milztumor (wegen Ascites oft schwer palpabel), Stauungs-Magendarmkatarrh (bis blutige Entleerungen, Magenblutung [Oesophagusvaricen]); Ikterus selten. Leber von derberer Konsistenz, rundlicher, stumpfer Rand, feinhöckerig (selten glatt), verkleinert bes. links. Durch Ascites Druck auf Venen; später Oedem der ganzen unteren Körperhälfte; Blutungen möglich; Erweiterung der Bauchvenen (sichtbar), ev. Caput Medusae; kein Fieber. **Komplik.:** Häufig Lungentuberkulose (Pleuritis), tuberkulöse Peritonitis (spez. Gew. über 1015); Schrumpfniere; Myokarditis; infektiöse Cholangitis (Fieber). Tod (zuweilen erst nach Jahren) an Komplikationen, Herzschwäche; Kräfteschwund (oftmalige Punktionen); Ikterus gravis\*.

2. **Biliäre hypertrophische Cirrhose.** (Hanotsche Cirrhose). a) primär. **Ätiol.** dunkel (Alkohol). **Sympt.:** Leber gross (ev. bis zum Becken), glatt, bleibt gross; meist grosse, weichere Milz; kein Fieber oder intermittierendes (Cholangitis); starker Ikterus\* u. Folgen. Bis mehrere Jahre Dauer. b) Sekundär bei chron. Gallenstauung (Choledochusverschluss durch Stein, Tumoren der Gallenblase u. des Pankreas); harte, vergrösserte, glatte Leber, später verkleinert. Kein Ascites u. Milztumor, oder erst später.

3. **Kardiale Cirrhose.** **Ätiol.:** Chron. allgemeine Stauung (Herzinsuffizienz). **Sympt.:** Leber wechselnd gross (je nach



Herzkraft), auf Druck empfindlich. Aus Stauungsleber: Atrophische Muskatnussleber, dann Cirrhose, die mit Folgen (s. o.) bleibt, auch wenn Herz ev. wieder gut.

**Diff.-Diagnose:** Wenn Ascites, oft erst nach Punktion entscheidende Palpation. Im übrigen s. auch folg. Artikel. **Therapie:** Alkoholabstinenz; leichte, reizlose Diät mit viel Milch (bis 2 Liter). Im Anfangsstadium (Leber-, Milzvergrößerung, Ikterus, Magendarmstörungen) öfter noch Erfolg. Alkalisch-sulfatische Wässer: Kur in Karlsbad, Neuenahr usw.) bei Anämie gleichzeitig: Franzensbad, Elster usw.; bei Katarrhen gleichzeitig: Kissingen, Homburg, Ems usw. Schon frühzeitig Punktion und öftere Wiederholung; nicht bis maximale Steigerung warten. Medikamentös bes. Kalomel  $3 \times$  tgl. 0,02—0,06 oder alle 4 Tage  $1 \times$  0,5. Jodkali (10 %)  $3 \times$  tgl. 1 Esslöffel. Diurese. Darmdesinfektion. Mundpflege. Stuhl regeln, genügende Bewegung. Bei sekundärer biliärer Cirrhose ev. Operation; cf. Gallensteine. Kardiale Cirrhose cf. Herzinsuffizienz. Arneth.

**Leberechinococcus.** Cf. Echinococcus. **Sympt.:** Leber vergrößert bis zu enormen Tumoren (bei E. unilocularis glatt, bei E. multilocularis grosshöckerig). Fluktuation u. Hydatidschwirren (stossweise palpieren!) nicht immer deutlich. Fieber kann fehlen. Je nach Grösse des zerstörten Leberparenchyms subikterische bis ikterische Hautfarbe. Selten Ikterus, Ascites Milztumor (Druck auf Pfortader u. Gallenwege). Ev. Verdrängungserscheinungen der Bauch- u. Brusteingeweide. **Diff.-Diagnose:** Gegenüber anderen cystischen Tumoren der Nachbarschaft (Pankreas-, Mesenterialcysten, Hydronephrose u. a.) schwierig. **Komplik.:** Eitrige Infektion des Sackes, wodurch Pyämie bzw. Leberabscess\*. Thrombose der Cava u. Embolien mit plötzlichem Exitus. Durchbruch in verschiedene Organe (Bauchhöhle mit Peritonitis, Magen oder Darm, Pleura-raum oder Lunge, auch nach aussen; auf diese Weise Spontanheilung möglich). **Therapie:** Nie Punktion! Stets operative Freilegung des E.-Sackes, Einnähen der Wand, Eröffnen bzw. Entleerung sobald genügende Verwachsungen, Drainage. Ev. Auswaschen mit Jodoform, Sublimat u. a. Kaposi.

**Leberkrebs.** Sehr selten primär (auch nach Trauma) als diffuse krebsige Infiltration oder als grosser Knoten. Oft sekundär, metastatisch (multiple Knoten; wenn an Oberfläche-Krebsnabel) bei Krebs in Umgebung u. im Pfortadergebiete aber auch von überall her. **Sympt.:** Erst bei gewissem Umfang Lebervergrösserung (ev. enorm). Grosshöckerige Oberfläche = oder ein Knoten (ev. Delle), respiratorisch mit Leber verschieblich (zwischen Rippen u. vorderer Leberfläche eindringen); Entwicklung von Knoten während der Beobachtung; perihe-

patitisches Reiben. Infolge Drucks auf Gallenwege bzw. Pfortader: Ikterus (zunehmend), Ascites (auch marantisch), ev. Milzschwellung (sonst selten). Auch unter anscheinend primärem Ascites verborgen (nach Punktion palpabel). Peritonitis carcinomatosa (spez. Gew. über 1015), oft hämorrhagisch. Vergrösserte Supraclaviculardrüsen. Meist Schmerzen (bis in Schulter, Arm). Ev. Pleuritis rechts, Nachweis der primären Carcinome (in Magen, Rectum, Oesophagus, Pankreas usw.). Zunehmender Marasmus. Prädilektionsalter: 40—60 Jahre. **Diff.-Diagnose:** Bezüglich nicht der Leber angehöriger Tumoren (Colon, Pylorus, Pankreas, Niere, Gallenblase) s. an entsprechenden Stellen; dabei ist bes. wichtig, ob Übergang des Tumors oder Randes ins Lebergewebe zu fühlen, ob bei inspiratorischer Tiefstellung der Tumor fixierbar u. von Leber trennbar, wie Geschwülste sich bei Magen- bzw. Darmaufblähung verhalten. Bei sehr grossen Geschwülsten oft alle Kriterien versagend. Bezüglich anderer Lebertumoren s. folgende Artikel. **Therapie:** Nur symptomatisch. Arneth.

**Lebervergrößerung.** Auszuschliessen scheinbare L. (bei Zwerchfelltiefstand, Wander- u. Schnürleber). Wirkliche L. bei folgenden Affektionen:

**Stauungsleber** (cf. Herzinsuffizienz): Leber vergrössert, härter, glatt; dicker, abgerundeter Rand; oft leichter Ikterus; Stauungsmilz. Daraus ev. Stauungscirrhose (cf. S. 301).

**Leberhyperämie.** Bei Vielessern, zumal wenn wenig Bewegung. Alkohol, viel Gewürze, starker Kaffee bes. beschuldigt. Leber etwas härter; glatter Rand u. Oberfläche. **Therapie:** Andere Lebensweise, Bewegung (Arbeit), Kur in Marienbad, Karlsbad, Kissingen, Homburg usw.; auch Trinkkur zu Hause.

**Leberhypertrophie.** Leber vergrössert, glatt, ziemlich hart, bei Diabetes, Malaria, Leukämie, bei Potatoren, auch bei Rachitis.

**Fettleber** (Fettinfiltration). Leber grösser, weicher, glatt, Rand stumpf, abgerundet. Bei Säufern, Kachektischen (bes. Tuberkulösen), schwer Anämischen.

**Amyloidleber.** Meist bei chronischen Eiterungen. Leber ev. sehr gross, sehr hart, glatt, Randstumpf. Milz, Nieren usw. immer zugleich befallen. Cf. Amyloidose.

**Ikterusleber** cf. Ikterus, Gallensteinkrankheit, Leber- u. Gallenblasenkrebs.

Ferner L. bei Pfortaderthrombose\*, Pylephlebitis suppurativa\*, Leberabscess\*, Leberechinococcus\*, Cholelithiasis\*, Lebercirrhose\*, Lebersyphilis\*, Leberkrebs\*, Gallenblasenkrebs\*.

Arneth.

**Lebersyphilis.** Hereditär: Diffus oder miliare oder (selten) grosse Gummata; letztere auch bei Lues tarda (grosshöckerige Cirrhose). Tertiär: Auch diffus; meist jedoch Gummata, bes. an Leberpforte (hier leicht Druckwirkung) u. Konvexität, zur Lappung bei Schrumpfung führend (narbige, breite Furchen), daher Oberfläche grobhöckerig. Rand stumpf. Infolge davon (Stauung in Pfortader u. Gallengängen) klinische Symptome ev. ganz wie bei Lebercirrhose\*. **Diff.-Diagnose:** Ikterus seltener. Leberschmerz (Perihepatitis?) häufig, auch bei Druck; ev. längeres remittierendes Fieber. Vielgestaltigkeit der Erkrankung, Anamnese u. alte (ev. frische) Erscheinungen der Lues wichtig. **Therapie:** Wenn früh genug, Jodkali (Rp. 27) sehr gut, bei eingetretener Schrumpfung weniger Erfolg.

Arneth.

**Leichentuberkel.** **Sympt.:** Derbe, warzige Excressenzen an den Fingern mit Eiterpusteln u. Krusten in der Umgebung; bes. bei Ärzten, Anatomen, Anatomiedienern. Durch Mischinfektion von Tuberkelbacillen u. Staphylokokken kann einerseits Lymphangitis, andererseits durch eitrig Infiltration eine Eliminierung der Tuberkelknoten u. spontane Narbenbildung erfolgen. Niemals kommt es zu allgemeiner Tuberkulose. **Therapie:** Exstirpation.

M. Joseph.

**Lepra.** **Ätiol.:** Eine spezifische, kontagiöse, nicht vererbliche Infektionskrankheit, bedingt durch den Leprabacillus. Übertragung nur durch direkte lange Berührung (familiäre L.). Männer bevorzugt. Endemisch in gewissen Ländern (in Europa Westküste Norwegens, Schweden, Ostseeprovinzen u. Kreis Memel). **Sympt.:** Bei *L. tuberosa* treten unter unbestimmten Prodromalerscheinungen (Fieber, Gelenkschmerzen, Verdauungsstörungen u. a.) an beliebigen Körperstellen, bes. Gesicht u. Rumpf, rote oder kupferfarbene Flecke auf, die später Pigmentation hinterlassen u. auf denen sich nach Monaten oder Jahren erbsengrosse, isolierte oder in Gruppen angeordnete, mit kleinen Schuppen bedeckte Lepraknoten bilden. Bes. charakteristisch ist dann das Gesicht („Facies leonina“); braun pigmentierte Stirn von Längs- u. Quer-Wülsten durchfurcht, an Augenbrauen stark hervorspringende Knoten, Haarwuchs im Gesicht stark atrophisch; Nase knollenförmig verdickt mit Ulcerationen am Introitus; Lippen u. Kinn stark gewulstet, Ohren zu Lappen vergrößert. An Händen u. Füßen geschwürig zerfallene Knoten, an Schleimhäuten gleichfalls Infiltrate u. Defekte. Analoge viscerale Erkrankung führt an Hoden zur Sterilität u. an Lungen zum Exitus. Bei *L. anaesthetica* blassen die braun oder gelb, mitunter aschgrau pigmentierten Flecke im Centrum vitiligoartig ab u. werden hier anästhetisch, während sich in der

Peripherie Hyperästhesie einstellt. Später bes. an H<sup>1</sup>änden u. Füßen Blaseneruptionen (Pemphigus leprosus); zur Anästhesie treten motorische Störungen: Gesicht verliert durch Facialislähmung mimische Ausdrucksfähigkeit; Mm. interossei atrophieren; Traumen oder trophische Störungen führen Mutilationen mit Abfallen ganzer Gliedmassen herbei. Meist kommen beide Formen der L. zusammen vor (L. mixta). **Diff.-Diagnose:** Endemisches Vorkommen in bestimmten Gegenden. Syringomyelie\* macht bisweilen ähnliche Symptome, doch streng zu trennen; entscheidend Bacillennachweis. **Prognose:** Stets schlecht; allerdings können viele Jahre vergehen, bis komplizierende Erkrankung Tod herbeiführt. **Therapie:** Aussichtslos. Prophylaktisch Isolierung. Versuche mit Nastin (Deycke), einem aus Streptothrix leproides-Bacillen gewonnenen bakteriolytischen Immunserum, noch nicht abgeschlossen. M. Joseph.

**Leptus autumnalis.** Die an ihrer lebhaften roten Farbe kenntliche Erntemilbe erzeugt bei Schnittern papulöses oder urticarielles Exanthem, das nach Entfernung der Milbe mit dem Skalpell u. Abwaschen mit Benzin abheilt. M. Joseph.

**Leukämie.** Cf. Anämie, Leukämie der Haut. Praktisch fast nur wichtig: 1. **Akute lymphatische L.** mit Hyperplasie des lymphatischen Gewebes bes. in Milz (bis enormer Milztumor), Lymphdrüsen (gleichmässig oder regionär), Tonsillen, Haut, Leber usw. Akut (Fröste, Fieber) oder schleichend einsetzend, ev. intermittierendes Fieber, in einigen Monaten Exitus. Oft hämorrhagische Diathese (Mundfäule, skorbutähnlich). Harnsäure, Phosphorsäure vermehrt ausgeschieden. Blutbefund: Meist grössere Lymphocyten (Lymphoidzellenleukämie: Abart) enorm vermehrt (bis weit über  $\frac{1}{2}$  Million pro cmm), seltener die kleineren oder gemischt. Erythrocyten u. Hb meist vermindert; gewöhnlich Hämatoblasten. 2. **Chronische lymphatische L.** Gewöhnlich kleine Lymphocyten; sonst Blut- u. Organbefund wie bei akuter; Unterschied: chronische Entwicklung u. Verlauf. 3. **Chronische myeloide L.** Häufigste Leukämieform, ebenfalls mit Befallensein der Milz (oft allein; enorm gross), Lymphdrüsen, Leber usw. Blutbefund: Polymorphes Bild. Leukocyten enorm vermehrt, bis weit über  $\frac{1}{2}$  Million pro cmm, bes. die Neutrophilen. Eosinophile, Mastzellen („Mastzellenleukämie“, wenn bes. vermehrt) relativ weniger, aber ebenfalls ausserordentlich zahlreich. Blutbilder (der 3 Zellklassen) weit nach links verschoben, daher Myelocyten jeder Klasse zahlreich, bes. neutrophile in gewaltiger Menge. Atypische Zellen: Zwerg- u. Riesenformen, Zellen mit Mitosen, ungranulierte, gemischt granulierte, Pseudolymphocyten. Lymphocyten fast immer ebenfalls stark vermehrt, bes. die

grossen Formen. Myeloblasten, Lymphoblasten. Erythrocytenzahl meist wenig oder nur mässig gesunken, Hb entsprechend, trotzdem gewöhnlich reichliches Auftreten von Normoblasten, auch Megaloblasten (Rückschlag ins Embryonale). — Atypische Formen beider Leukämiearten. — Gemeinsames klinisches Verhalten der chronischen Formen: Hautjucken, Nasenbluten, Mundfäule, Völle im Unterleib, Atembeschwerden führen oft erst zum Arzt. Oft sehr chron. Verlauf (bis 10 Jahre beobachtet); wenn akuter: rasche Kachexie. Milz, Leber, Drüsen (intrakapsulär) oft von enormer Grösse. Ev. Ikterus, Ascites infolge von Stauung in Gallenwegen bzw. Pfortader. Kompression der Luftwege durch Drüsenumoren möglich. Von Zeit zu Zeit Fieberattacken (meist intermittierend). Hämorrhagische Diathese. An Haut bisweilen Lymphombildung, Urticaria. Harnsäure u. a. Purinkörper, Phosphorsäure-Ausscheidung bedeutend vermehrt (Leukocyten- [Nuclein-] zerfall), vermehrter Eiweisszerfall. Stillstände, Besserungen. **Therapie:** Keine definitive Heilung. Durch Röntgenbestrahlung (ausser bei von Anfang an oder bei Rückfall refraktären Fällen) oft Rückgang aller Symptome, auch Blutbefund anscheinend fast normal werdend. Wichtig Blutkontrolle dabei: Aussetzen oder geringere oder seltenere Dosen (vor allem wenn Leukocytenzahl bald normal), je nach Befund (Blutbild). Mittelharte Röhre. Abwechselnd Milz (bes.), Leber, Drüsen, Knochen von verschiedenen Seiten (cave Verbrennung!) bestrahlen. Sonst Arsen subcutan oder Eisen-(Chinin-) Arsen (cf. Chlorose, Anaemia perniciosa). Jod abwechselnd (Rp. 27, 28). Roborierende Kost, gute Pflege, ev. klimatische Kuren (Winter im Süden). Arneth.

**Leukämie der Haut.** **Sympt.:** Nach mehr weniger langem Bestande der Allgemeinerkrankung diffuse, unregelmässig lokalisierte, teigige Schwellung u. Verdickung der Haut; die betr. Partien sind prall gespannt u. hart. Hierdurch entstehen geschwulstartige Vorwölbungen, bes. im Gesichte, aber auch anderswo, in Form lymphatischer Granulationsgeschwülste. Bei Pseudoleukämie nur graduelle Unterschiede. Juckender Knötchenausschlag, ähnlich wie bei Prurigo, aber von unregelmässiger Lokalisation, dazu geschwulstartige Neubildungen lymphosarkomatösen Charakters, die zusammen mit visceralen Veränderungen bald zum Tode führen. **Therapie:** Behandlung der Leukämie\*. Man versuche Rp. Berberin. sulf. solubil. 2,0, Tinct. Chin. compos. 15,0, Tinct. Aurant. comp. 2,0, Syrup. spl. 18,0. S. stdl. 1 Kaffeelöffel; oder Tabloids aus rotem Knochenmark (Medulla Bone, Burroughs, Welcome & Co.).

M. Joseph.

**Leukoplakia oris.** **Sympt.:** An der Zunge einzelne bläulich- oder grauweisse, von der Umgebung scharf abgegrenzte

Flecken. An der Wange sind sie streifenförmig, unregelmässig, in ihrer Kontinuität oft unterbrochen. Oberfläche meist rauh. Bei Fortschreiten werden die weisslichen Verfärbungen von scharf konturierten roten Linien begrenzt u. an einzelnen Stellen verdickt. Später kann die ganze Zunge panzerartig von hartem, fast hornartigen Epithelbelag eingehüllt sein; bald Rhagaden; nach langem Bestande in etwa 30% Krebsbildung. Betroffen meist starke Raucher; aber Tabak scheint nur dann diese Epithelverhornung hervorzurufen, wenn Schleimhaut durch Lues, Psoriasis, oder andere schwere Erkrankung geschädigt. **Diff.-Diagnose:** Syphilitische Plaques breiten sich auf Tonsillen u. Gaumenbögen aus (L. nicht), bevorzugen an der Zunge Spitze u. Ränder, bes. aber untere Fläche (L. mehr Oberfläche). Daneben gewöhnlich noch andere Erscheinungen von Lues. Wassermann bei L. häufig negativ. **Therapie:** Antisyphilitische Behandlung nutzlos. Verbot des Rauchens u. Schmerzen erregender Speisen oder Getränke, Gurgelungen mit Kochsalz oder H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, Pinselungen mit 5—10% Milchsäure. Jeder kaustische Eingriff (Paquelin) zu vermeiden. M. Joseph.

**Lichen nitidus.** **Sympt.:** Hauptsächlich am Penis, seltener an Bauch, Brust, Armen kleine, glänzende, scharf abgesetzte stecknadelkopfgrosse, rundliche, oben meist abgeplattete Knötchen, in deren Mitte man mit Lupe oft punkt- oder stichförmige Veränderung wie den hornigen Verschluss einer Öffnung sieht. Verlauf sehr chronisch, ohne subjektive Symptome.

M. Joseph.

**Lichen ruber.** **Ätiol.:** Wahrscheinlich neuropathische Genese. Häufig familiäres Auftreten. **Sympt.:** Runde oder polygonale, steil von der normalen Haut sich erhebende, dunkelrote bis livide, an ihrer Basis von feinem, roten Saum umgebene Knötchen von wachsartigem Glanz; nach längerem Bestande auf der Oberfläche eine Delle. Meist starkes Jucken, kann aber auch fehlen. Die Knötchen stehen isoliert oder vereinigen sich bei chronischem Verlaufe zu geschlossenem oder halboffenen Kreisen mit deutlich markiertem hyperämischen Rande u. normaler Epidermis im Centrum; Anordnung auch streifenförmig oder symmetrisch oder einem Nervenverlaufe entsprechend. Neben diesen flachen L.-Efflorescenzen (L. r. planus) kommen zuweilen mehr weniger **zahlreiche** hirsekorn-grosse, konische, braunrote, derbe Knötchen vor, die auf der Oberfläche fest anhaftende, glänzende Schuppen mit einer der Mündung eines Haarfollikels entsprechenden Depression haben (L. r. acuminatus). Die isoliert oder in Gruppen stehenden Knötchen bilden mitunter geschlossene Kreise um eine Papel; u. während im Centrum bereits Atrophie mit starker, tief-

brauner Pigmentierung, sieht man in der Peripherie noch typische wachsartig glänzende gedellte Knötchen, ähnlich einer von Perlenkranz umsäumten Brosche. Mitunter durch Zusammenfliessen solcher Knötchengruppen grosse Körperteile affiziert, so dass ganze Haut verdickt, schuppig, braunrot wie Chagrinleder wird u. dann grosse rote, derb infiltrierte, mit Schuppen bedeckte, trockne Flächen vorhanden sind. Diese Form hat man als Pityriasis rubra pilaris abgetrennt (wahrsch. aber mit *L. r. acuminatus* identisch). Ausserdem an Ober- u. Unterschenkeln, dem Verlaufe der varikösen Venen folgend, eine dritte Abart des *L. r. planus* in Form warzenartiger Plaques, die sich derb anfühlen, einige Millimeter über die Oberfläche vorragen, isoliert oder in inselförmigen Infiltraten vorkommen (*L. r. verrucosus*). Efflorescenzen bläulichrot, von feinen kleinförmigen Schüppchen bedeckt; in der Umgebung zuweilen noch *L. planus*-Knötchen. Zuweilen auch ein *L. r.* der Schleimhaut an Wangen, Zunge, Gaumen, Lippen, Kehlkopf, Mastdarm, Harnröhre. Hier kleine, glänzend weisse Papeln, isoliert oder in Form derber Plaques, dazwischen tiefe, weisse, netzartige Furchen; schmerzlos, aber sehr hartnäckig. **Diff.-Diagnose:** Bei Lichen von Anfang bis zu Ende Knötchen, die trotz heftigen Juckens nie in andere Efflorescenzen (Pusteln usw.) übergehen, nur bei sehr starker entzündlicher Exsudation zuweilen Blasen (*L. r. pemphigoides*). Bei Psoriasis\* die charakteristischen Schuppen, kein Jucken. Bei Ekzema\* papulosum Polymorphie der Efflorescenzen (Knötchen, Bläschen, Nässen). Beim papulösen Syphilid derbere dunkelbraune Knötchen u. a. Zeichen von Syphilis. Bei Pityriasis\* rubra universalis neben diffuser Rötung u. Schuppung Hautatrophie u. Schwellung der (tuberkulösen) Leistendrüsen. Cf. Lichen simplex chronicus. **Prognose:** Günstig. Zuweilen spontane Rückbildung mit sepiabrauner Pigmentierung, bes. häufig bei *L. progenitalis*. **Therapie:** Spezifisch wirkt Arsen (Rp. 21 ff.). Lokal Salbe von Rp. Acid. carbol. liquef. 4,0, Sublimat. 0,1, Ungt. Zinci benzoati ad 100,0. Oder Bromocoll (Rp. 206); oder 2—5% Chrysarobin-Traumaticin (Rp. 207). In hartnäckigen Fällen, bes. bei *L. r. verrucosus* Röntgenstrahlen. Beim *L. r.* der Schleimhaut pinsele man mit Rp. Sublimat 0,1, Aether. sulf. 50,0, Spirit. ad 100,0.

M. Joseph.

**Lichen scrofulosorum.** Bei jugendlichen skrofulösen oder tuberkulösen Personen hauptsächlich am Stamme symptomlos verlaufende einzelne oder gruppenförmige hirsekorn- bis stecknadelkopfgrosse bräunlichrote, an ihrer Spitze ein Schüppchen tragende Knötchen u. akneähnliche Pusteln. Häufig nach Masern. Verlauf chronisch. **Diagnose** leicht; in zweifel-

haften Fällen Tuberkulinreaktion. **Therapie:** Innerl. Lebertran, äusserl. Chrysarobin (Rp. 207). M. Joseph.

**Lichen simplex chronicus.** **Sympt.:** An umschriebenen Hautstellen, bes. Kniekehlen, Hals, Ellbeugen, Leistenbeugen, Hohlhand, werden nach längerem Jucken die normalen Epidermisfurchen stark ausgeprägt, die dazwischen befindlichen Epithelinseln treten in Form scharf umschriebener Knötchen über die Oberfläche hervor. Zu diesen trocknen, derben, flachen, schmutzigen bis grauweisslichen Papeln treten sekundär durch Staphylokokken-Infektion Eiterungen hinzu. Lange Persistenz an den einzelnen Stellen u. erst allmählich Vergrösserung durch Apposition u. Verschmelzen der primären Papeln am Rande; zuweilen lokalisiert sich die Affektion streifenförmig. Trotz kurzer Remissionen immer wieder Rezidive. **Diff.-Diagnose:** Im Gegensatz zu Lichen ruber fehlt milchglasähnlicher Glanz der Knötchen u. Delle; Knötchen niemals lebhaft rot. Bei Lichen ruber planus niemals Pyodermitiden u. selten Rezidive. **Therapie:** Innerl. Arsen (Rp. 21 ff.). Lokal Chrysarobin (Rp. 207), Tumenol (Rp. Tumenoli Ammonii 3,0—10,0, Zinci oxydat., Amyli aa 10,0, Glycerin. 30,0, Aq. dest. ad 100,0). Radium oder Röntgentherapie.

M. Joseph.

**Lipom.** Gutartige Fettgeschwulst. **Ätiol.:** In einigen Fällen lang dauernder Druck, sonst unbekannt (angeboren, vererbt?). Vorkommen überall, wo Fettgewebe im Körper. Lieblingssitz: Unterhautzellgewebe der Schulter u. des Rückens, aber auch andere Körperstellen, ferner multipel u. dann oft symmetrisch (Madelungscher Fetthals usw.). L. kommen auch subfascial, subaponeurotisch, intermuskulär vor, ferner retroperitoneal, mesenterial, dann in inneren Organen (Niere, Leber u. a.). **Sympt.:** Meist kugelige, je nach Gehalt an Bindegewebe weichere oder härtere Tumoren in der Haut; können Kopfgrösse weit überschreiten, mitunter gestielt. Wenn Nerven gedrückt, Schmerzen; sonst nur durch Grösse lästig; in inneren Organen Verdrängungserscheinungen. **Komplik.:** Selten Verknocherung, Nekrose, Kombination mit andern Geschwulstarten, bes. Sarkom. **Therapie:** Bei Beschwerden oder aus kosmetischen Rücksichten Operation; bei äusseren L. leicht, nur manchmal Verwachsungen mit Gefässcheiden, Muskeln usw. L. der Bauchorgane erfordern ev. Laparotomie. Kaposi.

**Lippenkrebs.** Flaches oder tief greifendes Epitheliom bes. an Unterlippe. **Ätiol.:** Wahrscheinlich spielt Tabakreiz eine Rolle (Pfeife). **Sympt.:** Wachstum meist langsam, kann jahrelang bestehen. Erst flaches, dann tiefer greifendes Geschwür, leicht blutend, mit derben Rändern, meist schmerzlos. In Submental-



u. Submaxillargegend harte schmerzlose Drüsen. **Diff.-Diagnose:** Ulcus durum, Tuberkulose. Für Krebs spricht langsames Wachstum u. Alter des Kranken. **Therapie:** Operativ. Keilexcision u. Naht, bei grossen Defekten Plastik. In jedem Falle sorgfältig sämtliche Drüsen mit Submaxillardrüse extirpieren (cf. Zungenkrebs). Ätzbehandlung nicht empfehlenswert, weil oft nicht radikal genug u. danach ev. Verschlimmerung durch rascheres Wachstum. Von geschulten Händen kann bei kleinen, flachen Epitheliomen Radium- oder Röntgenbehandlung versucht werden. Kaposi.

**Little'sche Krankheit.** Cerebrale Diplegie der Kinder. Ähnlich der cerebralen Kinderlähmung\*, nur doppelseitig. **Ätiol.:** Häufig praenatal, traumatisch; auch Geburtstraumen, Asphyxie, Frühgeburt. Bisweilen im 1. Lebensjahr nach Infektionskrankheiten. Entdeckung der Krankheit oft erst beim Gehenlassen. **Sympt.:** Allgemeine oder paraplegische Starre des Körpers, neben der die Lähmung zurücktritt. Beine vorwiegend beteiligt. Tendenz zur Rückbildung. — Initialstadium wie bei cerebraler Kinderlähmung\*. Später Körper steif wie Holz; Kinder lernen überhaupt nicht gehen oder charakteristisch mit einwärts rotierten, beim Gehen sich kreuzenden Oberschenkeln. „Kleben der Füsse“, oft in Spitzfussstellung, mühsames Vorwärtsschieben des Körpers. Beim Sitzen stehen Beine oft gerade in die Luft. Arme u. Gesicht (maskenartige Starre) selten beteiligt. Häufig anfallsweise Spasmen bei Anstrengung u. Konvulsionen (Früh-Konvulsionen nach Geburtstrauma, später oft Epilepsie, aber seltener als bei Kinderlähmung\*). Intelligenzdefekte (schwere Idiotie) gewöhnlich. Sensibilität ungestört. Sehnenreflexe gesteigert, Babinski. Keine Muskelatrophie. Paresen treten erst nach Erschlaffung der Contracturen (Foerstersche Operation!) hervor, dann auch wohl Ataxie. Chorea, Athetose seltener als bei cerebraler Kinderlähmung. **Diff.-Diagnose:** Meningitis (Initialstadium; abwarten!), Entbindungslähmung, Poliomyelitis (beide schlaff), **Prognose:** Besserung der Lähmung schon spontan fast regelmässig, noch nach Jahren; Intelligenzdefekte u. Epilepsie unheilbar. Bleibende Contracturen nur chirurgisch zu bessern. **Therapie:** Vgl. Kinderlähmung. Für Behandlung der Spätformen ist heute chirurgische Therapie souverän.

S. Schoenborn.

**Chirurg. Therapie:** Wie bei Kinderlähmung orthopädisch. In veralteten Fällen mit hochgradigen Spasmen zuweilen Operation nach Foerster (Durchtrennung der hinteren Wurzeln der Rückenmarksnerven) erfolgreich; jedoch erfordert jeder Einzelfall genaueste neurologische u. chirurgische Untersuchung. Frage noch nicht definitiv abgeschlossen. Kaposi.

**Lordose.** Konvexität der Wirbelsäule nach vorn in der Sagittalebene (Gegensatz Kyphose\*). Physiologisch ist die L. im Hals- u. Lendenabschnitt bei hinterer Konvexität der Brustwirbelsäule. Vermehrt ist die Lenden-L. durch Haltungsanomalie u. findet sich fast physiologisch bei graviden Frauen. Pathologisch ist sie beim sog. „hohlen Rücken“, wobei Lendenwirbelsäule abnorm lordotisch, Brustwirbelsäule abgeflacht erscheint. Bei Kindern ist L. auch Symptom der angeborenen Hüftluxation. Bei isolierten Lähmungen der Bauchmuskeln oder der Rückenstrecker, bes. bei Kinderlähmung, ebenfalls vermehrte L. **Therapie:** Wenn überhaupt nötig, orthopädisch. Cf. Skoliose. Kaposi.

**Lues. Sympt.:** Durch die irgendwo in den Körper eingedrungenen *Spirochaetae pallidae* wird nach Inkubation von 10—42 Tagen ein *Ulcus durum*\* erzeugt, worauf nach einem zweiten Inkubationsstadium von 6—12 Wochen konstitutionelle Erscheinungen folgen. Zunächst mehr weniger hochgradige Anämie, mässiges intermittierendes Fiebers, psychische Depression, geringe Albuminurie, Milzschwellung, universelle Lymphdrüenschwellung. 9—12 Wochen nach der Infektion *Roseola*: Zahlreiche runde oder unregelmässige rosa- bis lividrote später bleigraue bis kupferbraune, linsen- bis erbsengrosse Flecke, bevorzugen Seitenteile des Rumpfes, verschwinden spontan meist nach 5—20 Tagen. Gleichzeitig Angina (cf. S. 25), auf dem Kopfe Akne u. geringe Alopecie\*, rheumatoide Schmerzen, *Roseola* kann rezidivieren u. sich zur Ringform ausbilden (*R. annularis*). Etwa 3 Monate nach Infektion als die häufigst rezidivierende Form die *L. papulosa* in Form kupferroter, später mehr gelbbraunlicher, hirsekorn- bis linsen- ja erbsengrosser, rundlicher, harter, über die Haut hervorragender, sich scharf von der Umgebung abhebender Knötchen. Bes. häufig an Stirnhaargrenze (*Corona Veneris*) u. Genitalien, wo leicht mit Schanker verwechselt (*Pseudochancre induré*). Bei Rezidiven Knoten oft in Ringform (*L. papulosa annularis*), mit braunrotem Hofe, von dünnen grauweissen Schüppchen bedeckt; Centrum sinkt ein, peripher schliessen sich Knötchen in Schlangenlinienform an (*L. papulosa gyrata*, *Bombensyphilid*, *Satellitenform*). Hiervon werden etwa 6—7 Monate nach Infektion Nacken, Stirn, Kinn, Hoden bevorzugt. An Hohlhand u. Fusssohle besondere der Behandlung lange Zeit trotzende, häufig rezidivierende Papeln (*Psoriasis syph. palmaris et plantaris*): hier 4—6 Monate nach Infektion, häufig später, kupferbraune flache Infiltrate mit einer Epidermisabhebung in der Peripherie, die sich zu kreisförmigen bis markstückgrossen Plaques vereinigen; durch

mehrere solcher Plaques wird die ganze Hohlhand u. Fusssohle von schwielenartigen Verdickungen mit Rhagaden (*L. cornea*) eingenommen, die sogar an einzelnen Stellen zu stark hervorragenden hornartigen *Clavi syph.* auswachsen. Sitzen Papeln an 2 sich berührenden feuchten Stellen (Zehen, Mundwinkeln), so entstehen tiefe Rhagaden mit derben Rändern. An den Genitalien bilden sich die nässenden Papeln zu flachen oder knopfförmigen Auswüchsen, *Condylomata lata\** um. Seltener als das grosspapulöse ist das kleinpapulöse Syphilid, Lichen *syph.* Gewöhnlich erst 1 Jahr nach Infektion, mitunter später, bes. bei heruntergekommenen, der Tuberkulose verdächtigen Individuen hirsekorn-grosse, kupferfarbene, kreisförmig angeordnete Knötchen, die sich teilweise in Pusteln umwandeln u. meist konzentrisch um eine grosse Papel liegen (*L. corymbosa*). Diese Syphilide gewöhnlich nie allein, sondern gemischt, vor allem auch mit *L. pustulosa*. Das grosspustulöse Syphilid von Linsen- bis Erbsengrösse, mit kupferbraunem Hof, trocknet bald zu einer Borke ein u. zeigt centrale Depression (*Vari-cella syph.*). Häufig sitzen die Pusteln an Haarfollikeln (*Impetigo syph.*), werden sogar bohnen- bis markstückgross (*Ekthyma syph.*), um nach Ablösen der Kruste ein rundes oder nierenförmiges Geschwür zu hinterlassen. Das kleinpustulöse Syphilid (*Akne syph.*) bevorzugt keine Körperstelle, tritt am häufigsten an behaartem Kopf, Stirn, Extremitäten auf; Pusteln kleiner als bei *Akne vulgaris*. Im Gegensatz zu diesen Exanthenen des Frühstadiums erscheint das Gummi im tertiären Spätstadium. Die cutanen Gummata sind klein, gewöhnlich in Gruppenform u. kreisförmiger Anordnung. Die Oberfläche über diesen harten Knoten ist anfangs gerötet, später kupferbraun. Bei rechtzeitiger Behandlung werden die Knoten mit unscheinbarer in der Mitte vertieften Narbe resorbiert, peripher bilden sich aber neue Knoten (*tuberoserpiginöses Knotensyphilid*). Die subcutanen Gummata dagegen sind gross, in der Anzahl, ragen über die Oberfläche als dunkelgerötete, halbkugelige Geschwülste hervor. Nach längerem Bestande zerfällt das Gummi in der Mitte, es entleert sich eine graugelbliche gummiartige Masse. Diese tiefen Geschwüre werden von einer starren, unnachgiebigen, infiltrierten gummösen Neubildung begrenzt, bedecken sich mit harten schwärzlichen Krusten (*Rupia syph.*); während in der Mitte Verheilung, bilden sich neue Knoten in schlangenförmiger Ausbreitung (*serpiginöses-ulceröses Syphilid*). Die daraus entstehenden Narben sind unregelmässig buchtig, zuerst dunkelbraun, später matt, mit anfangs hervorspringenden Leisten, so dass die vernarbte Fläche sich wie ein Netz ausnimmt. Nicht selten an Unterschenkeln, während zuweilen der Geschwürsgrund

blumenkohlartige Auswüchse bildet (*Framboesia syph.*). Andere Male an den Extremitäten lividrote erbsengrosse Knoten, die spurlos resorbiert werden (*Erythema nodosum syph.*). Das Gummi ist zwar infektiös, aber nur in geringem Grade, zumal bei offenen, zerfallenen u. vereiterten Formen. Als weiteres Zeichen konstitutioneller L. bes. bei Frauen, Leukoderma am Halse: runde oder ovale, nicht scharf abgegrenzte, linsengrosse, vollkommen pigmentlose, weisse Flecke stechen scharf gegen umgebende braun pigmentierte gesunde Haut ab u. weisen darauf hin, dass die Infektion 4—6 Monate zurückliegt; verschwinden spontan nach Monaten oder Jahren. Charakteristisch auch die Plaques muqueuses der Mundschleimhaut in Form runder oder ovaler, milchig weisser, opaliner oder wie mit einem grauweisslichen Brei bedeckter, sich scharf von der umgebenden Rötung abhebender Geschwüre. — Cf. Syphilis der einzelnen Organe. **Diagnose:** Ausser den genannten Symptomen durch Spirochätennachweis, am einfachsten mittels Tuscheverfahrens (Burri). Ebenso wichtig Wassermannsche Reaktion. **Therapie:** Sobald die Diagnose feststeht, beginnen wir mit dem spezifischen Heilmittel, dem Quecksilber. Jede L. wird die ersten 2 Jahre gründlich in 4—6 Einreibungs- bzw. Injektions-Kuren behandelt. Bei Einreibungskur wird Ungt. Hydrarg. ciner. in 10 Dosen à 3,0, 10 à 4,0 u. 10 à 5,0 verwandt; bei schweren bzw. hartnäckigen Fällen ev. auch 40—50 Einreibungen, 5,0—8,0 pro die; am 1. Tage Innenseiten beider Unterschenkel, am 2. Innenseiten beider Oberschenkel, am 3. Innenseiten der Arme, am 4. Brust u. Bauch, je  $\frac{1}{4}$  Stunde, am 5. Rücken  $\frac{1}{2}$  Stunde. Am 6. Tage wird gebadet, am 7. Kur fortgesetzt. Wo kein Masseur zur Verfügung, wird der Rücken fortgelassen u. am 5. Tage gebadet. Während der ganzen Kur werden 3× tgl. die Zähne mit Schlemmkreide oder Kalichloricumzahnpaste (Pebeco) geputzt u. stündlich mit Alaun, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> oder chlorsaurem Kalium gurgelt. Bei Stomatitis\* wird Quecksilber fortgelassen u. Zahnfleisch mit Tinct. Ratanhia oder 5% Chromsäure oder Rp. Sublimat 0,5, Aether. sulfur., Spirit. aa ad 100,0 gepinselt. Zeigen sich keine weiteren Erscheinungen der Lues, so wird jedes halbe Jahr diese Kur wiederholt oder als Ersatz eine Injektionskur mit Hydrarg. salicyl. c. Vasenol (Köpp) (wöchentl. 1 Pravazsche Spritze intramuskulär, im ganzen 10—15). Stellen sich aber in den ersten 2 Jahren neue Erscheinungen ein, dann werden mehr Kuren, mindestens 6 gebraucht, um die jeweiligen Erscheinungen zur Rückbildung zu bringen. Ca 1 Jahr nach Infektion beginnen wir mit 5% Jodkalium und lassen in Pausen von 1—2 Monaten je 50,0 nehmen. Fällt am Ende des 3. Jahres Wassermann positiv aus, wird Quecksilberkur halbjährig

wiederholt, bis Reaktion negativ. Ist im letzten Jahre Wassermann negativ, so geben wir 4 Jahre nach Infektion Erlaubnis zur Heirat, lassen aber vorsichtshalber kurz vorher noch einmal eine Quecksilberkur gebrauchen. Aber in späteren Jahren, selbst wenn Frau u. Kinder gesund geblieben sind, raten wir immer, etwa alle 2 Jahre, Wassermann vornehmen zu lassen, um bei etwaigem positiven Ausfall eine Kur anzuwenden. Vielleicht können wir dann hoffen, para- oder metasymphilitische Erscheinungen (Tabes, Paralyse usw.) zu verhüten. — Ob diese Behandlung ganz oder nur teilweise durch Salvarsan (Ehrlich-Hata) ersetzt werden kann, muss die Zukunft lehren. Sicher kann man durch Einspritzung von 0,4 bis 0,6 damit erstaunliche Erfolge erzielen. Man kann aber bei der Kürze der bisherigen Beobachtungszeit noch nicht genau ersehen, ob der Erfolg auch ein anhaltender sein wird, oder in welchen Zwischenräumen später wieder Injektionen gemacht werden müssen. Jedenfalls ist das Präparat auffallend wenig organotrop, sehr stark spirillotrop. Anwendung: 0,6 Salvarsan wird in sterilem Porzellanmörser mit etwas Natronlauge gelöst u. mit Eisessig ausgefällt. Es entsteht ein dicker, sauer reagierender gelber Brei, der gut durchgerührt u. mit einigen ccm Aq. dest. aufgeschwemmt wird. Die schlammige Substanz wird mittels einer Wasserstrahlpumpe abfiltriert, unter Nachgiessen von so viel Wasser, bis das Filtrat neutral ist, dann in steriler Schale mit 10 g einer 0,85% sterilen Kochsalzlösung aufgeschwemmt. Injektion zwischen den Schulterblättern; danach kräftige Massage; falls Schmerzen, Umschläge mit essigsaurer Tonerde oder Thermophor. Bequemer ist das gebrauchsfertige Präparat „Joha“, ein 40% Salvarsanöl, das in Röhrchen zu 1,0 und 1,5 (= 0,4 bzw. 0,6 Salvarsan) in den Handel kommt: es wird erwärmt u. am äussersten Drittel der Duhotschen Linie (zwischen Spina iliaca ant. sup. u. Kreuzbeinspitze) injiziert. Empfehlenswert ist auch die intravenöse Injektion von 0,4 bis 0,6 Salvarsan (alkal. Lösung) mit 200 bzw. 300 ccm Kochsalzlösung verdünnt (gewöhnlich danach kurzes Fieber mit Schüttelfrost, daher Bettruhe!). — Cf. Ulcus durum. Condylomata lata u. die einzelnen Organe, ferner Quecksilbervergiftung. Jodismus.

M. Joseph.

**Lues cerebrospinalis.** *Ätiol.:* Tertiärlues des centralen Nervensystems in Form von Gummata, diffuser schwieriger Meningitis oder Enderteritis. *Sympt.:* Bedingt durch Art u. Lokalisation desluetischen Prozesses. Bei gummöser Form die allgemeinen u. Herdsymptome der Gehirngeschwülste\*. Bei meningitischer Form hauptsächlich Basalsymptome (Kopfschmerz, Nackensteifigkeit, Lähmung einzelner Hirnnerven). Gefässlues mit Symptomen der Arteriosklerose (S. 36); gelegentlich Pu-

pillenstarre. Am Rückenmark u. verlängerten Mark meist meningitische u. myelitische Prozesse kombiniert; daher Symptome der Kompressionsmyelitis\* oder Paraplegien oder Wurzellähmungen, ausstrahlende Schmerzen, Gürtelgefühl. Einzelsymptome von der Höhe der Lokalisation abhängig. Häufig Pachymeningitis\* cervicalis hypertrophicans. Bei allen Formen in der Cerebrospinalflüssigkeit Hyperleukocytose, Globulinvermehrung, häufig positiver Wassermann. **Diff.-Diagnose:** a) Gegenüber anderen organischen Hirn-Rückenmarkserkrankungen (Tumor, Paralyse, Myelitis, Kompression) der schwankende Verlauf; Lues anamnestisch, aus anderen Symptomen, aus der serologischen Untersuchung (Wassermann) oder aus der Therapie zu erschliessen. b) Bei Syphilisneurasthenie keine sicheren organischen Symptome. **Therapie:** Energische antiluetische Kuren. Neben Inunction Jodkali (bis 5,0 pro die), Salvarsan.

L. W. Weber.

**Lues hereditaria.** Eine wahre Spirochaetensepsis; Spirochaeten ohne jede Beimengung mit anderen Mikroorganismen in allen inneren Organen u. Hauteffloreszenzen, z. T. in enormen Mengen. **Sympt.:** Erste Erscheinungen bald oder 4—6 Wochen nach Geburt, selten nach 3. Lebensmonat. Im Gesicht bräunliches Hautkolorit mit runzligem, greisenhaften Ausdruck, andere Male progressive Anämie mit Albuminurie; durch Coryza mit schnüffelndem Geräusche beim Atemholen wird Saugen behindert. Bald danach Plaques muqueuses des Mundes, Rhagaden im Naseneingang, Condylomata lata, radiär um den Mund linienförmige, narbige Einziehungen. Zuweilen Pemphigus syphiliticus: Ende der Schwangerschaft oder bald nach Geburt Auftreten kreisförmiger Blasen mit eitrigem Inhalt u. rotem Hof bes. an Handtellern u. Fusssohlen, aber auch an anderen Stellen, jedoch nie diffus am ganzen Körpers. Nicht selten Ekchymosen auf der Haut u. in inneren Organen (L. haemorrhagica neonatorum) u. Osteochondritis syph. zwischen Diaphysen u. Epiphysenknorpel, wodurch die Extremitäten schlaff, wie gelähmt u. zu keiner spontanen Bewegung fähig sind (Pseudoparalys. syph. neonat.). Später Hutchinsonsche Trias: Keratitis interstitialis diffusa, Labyrinthkrankungen, Zahnformität an den oberen mittleren Schneidezähnen der 2. Dentition in Form halbmondförmiger Ausbuchtungen der unteren Kanten, die später immer flacher werden u. nach dem 25. bis 30. Lebensjahr verschwinden. Mitunter erst längere Zeit nach der Geburt Erscheinungen der gummösen Periode (L. h. tarda) mit Deformationen des Schädels u. der Nase u. a. Knochen, bes. der Tibien (Säbelscheidenform, gew. doppelseitig). **Prognose:** Immer ernst. **Therapie:** Energische Hg-Behandlung mit gleichzeitiger kräftiger Ernährung. Man versuche zuerst

innerlich Hg (z. B. Rp. Protojodureti Hydrargyri 0,005, Sacch. alb. 5,0, div. in part. aeq. Nr. XII, 2—3× tgl. 1 Pulver) u. Sublimatbäder (eine Angerer Pastille à 1,0 in 20 l Wasser). Verzögert sich Heilung, dann Einreibungskur (0,5—1,0—2,0) u. später Jodeisen (Rp. Sirup. ferri jodati 5 0, Sirup. spl. 15,0. S. 3× tägl. 1 Teelöffel). Auch hier später immer wieder Wassermann, um bei positivem Befunde sofort energische Hg-Behandlung anzuschliessen. Ev. Salvarsan (s. S. 314). M. Joseph.

**Lues maligna.** Während die L. im allgemeinen milde, nur selten durch Alkoholismus oder Malaria schwer verläuft (L. gravis), erfolgen zuweilen schon kurze Zeit nach der Infektion ernste Erkrankungen der Haut, Knochen u. des Nervensystems, die Schlag auf Schlag bei dieser „gallopiierenden“ L. unmittelbar aufeinander folgen u. die Prognose ernst gestalten. Meist werden gesunde, kräftige Männer betroffen. Im sog. 2. Inkubationsstadium Fieber mit starken Kopf-, Muskel-Gelenkschmerzen; bald mit Überspringen der gewöhnlichen gutartigen frühen Hautsyphilide hartnäckige, oft rezidivierende pustulöse Formen u. Gummata. Tiefe wie mit einem Locheisen ausgeschlagene Geschwüre u. serpiginoöse Rupiaformen, während Schleimhäute häufig frei bleiben oder nur geringe Plaques muqueuses aufweisen. Daneben schon frühzeitig innere Organe beteiligt. **Therapie:** Grosse Dosen Jodkali u. etwa 5 Injektionen von 10% Kalomel c. Vasenol (Köpp), alle 8 Tage ½ Pravazsche Spritze intramuskulär. Daneben Lokalbehandlung (Hg-Pflastermull usw.), sowie kräftige Allgemeinbehandlung. Bei schwer heilenden Geschwüren ev. Versuch mit Röntgenstrahlen. Vor allem Salvarsan (S. 314). M. Joseph.

**Lumbago.** Hexenschuss. **Sympt.:** Schmerzen in der Lendengegend, meist akut auftretend nach Überdehnung, Erkältung, seltener Stoss oder Schlag. Gewöhnlich reine Muskelaffektion (cf. Muskelrheumatismus); der Muskel ist dann hart, bei Druck u. Bewegung empfindlich, der Zustand dauert Stunden oder Tage. Grosse Neigung zu Rezidiven, bes. bei Disponierten (Gichtikern, Arthritikern), Häufig aber auch symptomatische Lumbago bei Erkrankungen der Wirbelsäule (meist mit gürtelförmigen Neuralgien, bisweilen Herpes), der Niere (Steinkolik!), bei Gallenblasenkoliken, chron. Obstipation. Oft kombiniert mit Neuralgien (bes. Ischias) u. auch bei der gewöhnlichen Form bisweilen sehr hartnäckig, über Wochen sich erstreckend. **Therapie:** Cf. Muskelrheumatismus. S. Schoenborn.

**Lungenabscess.** **Ätiol.:** Bei Lungenverletzungen, bei Krankheiten der Lunge (bes. croupöser Pneumonie, wo Schwäche, Potatorium, Influenza, massige Infiltration begünstigend wirken, bei Schluck-, Fremdkörper-, Aspirationspneumonie), bei Er-

krankungen der Bronchien, durch Infektion auf dem Blutwege (septische Embolien, ca. Kirschgrösse), oder von benachbarten Eiterherden her bzw. durch deren Perforation in die Lunge. **Sympt.:** Eitergefüllter Hohlraum, meist im Unterlappen. Rein eitriges Auswurf; zwei- bis dreischichtig (Eitersediment, Serum, Schaum); copiös; fader Geruch; bei Stockung auch faulig; sichtbare Lungenfetzen (sonst Nachweis elastischer Fasern); durch Hämatoidinkristalle zuweilen bis bräunlich. Bei Lage auf kranker Seite Eiteransammlung; bei Lagewechsel Husten u. maulvolle Expektoration. Physikalisch Höhlensymptome; wenn leer: Tympanie, die verschiedenen Schallwechsel, bronchiales, ev. amphorisches (metallisches) Atmen u. entsprechende Rasselgeräusche, Bronchophonie, verstärkter Pectoralfremitus: wenn Höhle gefüllt: alles fehlend oder schwächer. Wechsel der Erscheinungen. Röntgenbild (bes. bei tiefem Sitz wichtig; hier auch Punktion): dunkel oder hell, je nach Füllungszustand, Inhaltsniveau. Bei Eiterresorption Fröste; Fieber sonst rebis intermittierend. Rasche Kräfteabnahme. Heilung möglich: Lungenschrumpfung (= Narbe). Wenn chronischer Verlauf: Besserung u. Verschlimmerung im Wechsel, im Auswurf schiefrig-schwarze Lungenfetzen, Cholesterintafeln. **Komplik.:** Übergang in Lungengangrän\*, Pleuritis\*, Perikarditis\* (serös bis eitrig); bei Perforation Pyopneumothorax. **Diff.-Diagnose:** Lungengangrän (stinkender Auswurf, Dittrichsche Pfröpfe), Lungentuberkulose (Bazillen, Verlauf), in Lungen perforierte Abscesse aus Umgebung (keine Lungenfetzen, Verlauf); Diagnose überhaupt meist erst nach Durchbruch in Bronchien möglich. **Therapie:** Operation am besten, bes. wenn oberflächlich; genaue Lokalisation! Sonst innerlich Desinficientien (cf. S. 81), gute Ernährung, gute Luft. Arneth.

**Chirurg. Therapie:** Nach Feststellung des Sitzes des Abscesses (oder Gangränherdes) durch Punktion, Röntgenbild, physikalische Zeichen (s. o.) stets breite Freilegung durch oft mehrfache Rippenresektion; dann, wenn genügend Adhäsionen vorhanden, einzeitig Eröffnen des Abscesses (Gangränherdes) mit Messer oder Thermokauter, Tamponade. Fehlen Adhäsionen, dann zweizeitiges Vorgehen, d. h. nach Rippenresektionen durch Naht der Lunge an Pleura parietalis oder feste Tamponade oder Chlorzinkätzung vor Eröffnung des Erkrankungs-herdes breite Verwachsungen herbeiführen, um Infektion der Pleurahöhle zu verhüten; erst einige Tage später wird Eiterhöhle eröffnet u. drainiert. Kaposi.

**Lungenatelektase.** Bei 1. Bronchialverschluss (Schleimhautschwellung, Verstopfung durch Sekret, Fremdkörper usw.). Meist bei Kapillärbronchitis (bes. der Kinder) u. Bronchopneumonie. 2. Kompression der Lunge u. Bronchien durch



raumbeengende Prozesse, meist Pleura- u. Pericardkrankungen, Kyphoskoliose („Aplasie der Lungen“, wenn von Jugend auf), Tumoren usw. 3. Respirationsschwäche; bei schweren Erkrankungen, Marasmus, bes. wenn kein Lagewechsel (Druck von aussen dazu). Kollapsknistern = Entfaltungsrasseln bei den ersten Atemzügen Bettlägeriger (auch bei Gesunden). Meist lobulär, hinten unten (auch streifenförmig neben Wirbelsäule) u. an Lungenrändern, oberflächlich. Wenn bleibend, Kollapsinundation, ev. Carnification. *Sympt.*: Erst bei einigem Umfang stärkere Dyspnoe, Einziehungen (bes. bei Kindern), tympanitischer Schall bis Dämpfung, dann Bronchialatmen, Bronchophonie; Pektoralfremitus verschieden. Kollapsknistern, bei tiefem Atmen u. Lagewechsel ebenso verschwindend wie umschriebene Dämpfungen. *Diff.-Diagnose*: Lungenhypostase\* (nicht so rasch bei Lagewechsel usw. verschwindend). Katarthalsche\* u. hypostatische\* Pneumonie (durch Lagewechsel nicht zu beeinflussen, Fieber, Expektoration); hämorrhagischer Infarkt;\* Pleuritis\*. Schwere *Komplik.*: Katarrhalsche Pneumonie; häufig daneben u. Übergang. *Therapie*: Gegen Grundkrankheit. Am wichtigsten Prophylaxe, vor allem durch beständigen (1—2 stdg.) Lagewechsel (ev. auch Bauchlage), Aufordern zu tiefer Atmung, laue Bäder mit kühler Übergiessung, Priessnitz, Excitantien (Rp. 83 ff.) ev. Digitalis (Rp. 47 ff.), bes. bei Kyphoskoliose. Arneth.

**Lungenembolie u. Lungeninfarkt.** *Ätiol.*: Meist durch Gerinnsel aus rechtem Herzen; bes. bei Stauung, bei Endokarditis rechts (septische Emboli; da klein, meist nicht nachweisbar) durch Gerinnsel, auch durch losgelöste Thromben aus peripheren Venen, bes. der Beine oder des kleinen Beckens (Geburten, Entzündungen der Genitalorgane, Hämorrhoiden usw., cf. Thrombophlebitis). Seltener durch Geschwulstmaterial (Veneneinbruch), Fett (Knochenbrüche). *Sympt.*: Bei Druck auf Thromben (Massage), brüsker Bewegung, Lagewechsel, Aufregung, auch in der Ruhe auftretend. Wenn so gross, dass Lungenarterie oder ein Hauptast verstopft, plötzlicher Tod (Aufschrei, Hinstürzen); bei mittlerer Grösse Kollaps, Cyanose, kalter Schweiß, Bewusstlosigkeit, Puls schlecht. Wenn Embolus kleiner: hämorrhagischer Lungen-Infarkt: plötzlich Seitenschmerz, Atemnot, meist dunkelblutiger Auswurf für einige Tage. Physikalisch peripherer Sitz nachweisbar; ev. Dämpfung, Knistern, Bronchialatmen, Bronchophonie usw., Reiben. Meist mässiges Fieber. *Therapie*: Cf. Lungenblutung. Arneth.

**Lungenemphysem.** 1. Substantielles (alveoläres): a) inspiratorisches (Überdehnung bei tiefem Einatmen) bei allen Dyspnoen; Sitz bes. basal u. an Rändern; hierher auch

das vikariierende (lokal; bei Lungenkrankheiten; nur wenn ausgedehnter, erkennbar), b) expiratorisches (Husten, Pressen, schwere Arbeit, Lasttragen usw.), bes. apical u. median, c) gemischt, am häufigsten, bes. beim Husten (bes. bei Bronchitis chr. sicca), d) seniles; Lungen eher kleiner, da atrophische Zustände dabei. 2. Interstitielles, wenn Luft ins interlobuläre Gewebe ausgetreten. — Dagegen akute Lungenblähung, bald vorübergehend, ohne Thoraxveränderung (s. u.), Anamnese. — Disposition zu Hustenkrankheiten u. Schwäche der elastischen Elemente ev. vererbbar. **Sympt.:** Am wichtigsten Tiefstand der Lungengrenzen, mehr oder weniger, dabei entsprechend wenig oder gar nicht mehr verschieblich. Grenzen ev. vorne bis Brustkorbrand, hinten bis Lumbalwirbel. Herzdämpfung verkleinert bis verschwunden. Schachtelton hinten; wegen Thoraxwölbung u. -starre Schall auch kürzer; dann Pectoralfremitus schwächer fühlbar. Gruben über Spitzen flach, diese auch luftkissenartig (Husten) vortretend. Thorax kurz, fassförmig, mehr rund (Brustbein gehoben, Wirbelsäule nach hinten gewölbt, Intercostalräume weiter, epigastrischer Winkel stumpf), starr dilatiert (sekundäre Rippenknorpelhypertrophie- u. -verknöcherung, selten primär) = permanente Inspirationsstellung. Ausdehnungsfähigkeit mehr weniger verloren, In- u. Expirationsdruck sehr vermindert (Pneumotometer), Lungenkapazität geringer (Spirometer). Scaleni hypertrophisch. Bei Röntgendurchleuchtung Zwerchfellabflachung, geringere respirator. Beweglichkeit. — Vesiculäratmen leise, bis fehlend (hoher Grad) oder auch unbestimmt, verschärft, rauh, Expirium immer verlängert. Vielfach Bronchitis, dann hinten unten Rasseln; wenn konstant, klein- u. mittelblasig: cylindrische Bronchienerweiterungen. — Wegen Kapillarschwund u. Lungensaugkraftverminderung Herzhypertrophie u. Dilatation (relative Dämpfung, besser Röntgenuntersuchung); epigastrische Pulsation (Palpation), 2. Pulmonalton oft verstärkt, zuweilen akzidentelles systol. Geräusch; Halsvenen gestaut. **Komplik.:** Meist Bronchitis\* dabei; Bronchialasthma\*. Kurzatmigkeit dadurch wechselseitig gesteigert (Herbst, Winter). Oft Arteriosklerose, Nephritis mit Folgen (Herz). Meist schliesslich Herzinsuffizienz\*, Stauungserscheinungen, dann oft verdeckend (genaue Anamnese u. Untersuchung!). **Diff.-Diagnose:** Weite Grenzen, aber bewegliche Ränder u. normale Auskultation bei „angeborener Lungenhypertrophie“. Sonst s. o. **Therapie:** Am wichtigsten Bronchitis-Verhütung u. Behandlung (s. dort), da Befinden von deren Grad wesentlich abhängig; Emphysem selbst nicht redressierbar, nur akutes (Pertussis) kann zurückgehen. Viel auch gebraucht „Emphysem-tropfen“ Rp. Liq. Ammonii anis., Tinct. Stramonii, Tinct.

Opii simpl.  $\mathfrak{a}$ , 3  $\times$  tgl. 15 Tr. Bei Atemnot auch heisse Fuss- oder Handbäder (ev. mit Senfmehl), Jod (Rp. 27 ff.) bes. bei trockenem Katarrh oder Asthma, ev. Narkotica (Rp. 131 ff.), auch Rp. Coffein. natr.-salicyl. 0,2, Antipyrin 0,8, 2—3  $\times$  tgl. Wenn Herzinsuffizienz, s. d. Von pneumatischer Therapie nicht zuviel sich versprechen: Ausatmung in verdünnte Luft; bei Bronchiolitis Einatmung verdichteter (pneumatische Kammern), oft daher beides vereinigt (Geigel-Mayr), allmählich auf 1 Std. 2  $\times$  tgl. steigen. Mechanisch: Thoraxkompression im Expirium zu dessen Erleichterung, 2—3  $\times$  tgl., Wochen lang, entweder manuell (Drücken auf Rippenbögen) oder mit Apparaten (Zander, Rossbachscher Atmungsstuhl); auch Massage der Atemmuskeln, ev. durch Vibration. Bezüglich Klimato- u. Balneotherapie cf. Bronchitis chronica. In schweren Fällen bei hochgradiger Thoraxstarrheit neuerdings mit Erfolg Freundsche Operation, i. e. Mobilisierung des Brustkorbs durch Resektion der Knorpel der 1. bzw. auch folgender Rippen (mit Pleuraerhaltung) ausgeführt.

Arneth.

**Lungengangrän.** *Ätiol.*: Wie bei Lungenabscess, bei Zutritt von Fäulnis-Bakterien. Diabetiker disponiert. Umschrieben (auch multipel), meist im Unterlappen, oder diffus. Latent, wenn keine Bronchieneinmündung. *Sympt.*: Fieber, re-, oft intermittierend (Fröste u. Schweiß), Puls klein, frequent (septisch), rascher Kräfteverfall; Lage auf erkrankter Seite, damit weniger Hustenreiz (Sekret fliesst nicht beständig in Bronchien). Bei peripheren Brandhöhlen: physikalisch Kavernensymptome (cf. Lungentuberkulose); wenn Infiltration: wie bei Pneumonia crouposa\*. Röntgenbild (bes. wenn central). Befund-Wechsel, je nach Füllungszustand der Höhle. Hämoptoë\* (Gefässarrosion, starker Husten), leicht rezidivierend. Durchbruch nach verschiedenen Richtungen bes. Pleura (Pyopneumothorax) möglich. Bei diffusem Brand meist rasch Exitus (septisch); wenn circumscrip't, auch ganz chronisch; scheinbare Ausheilung (Abkapselung); Rezidive; definitive Ausheilung nur bei kleinen Herden möglich. Charakteristisch: durchdringender, süsslich aashafter, zimmerverpestender Geruch des Sputums u. der Atemluft, beim Stehen verschwindend, beim Schütteln wiederkommend; Sputum oft maulvoll, reichlich. Schichtung: 1. Eiter-sediment mit brandig abgestossenen Lungenstückchen u. Dittrichschen Pfröpfen (= Bakterienmassen aller Art, hirsekorngross u. darüber, beim Zerdrücken (breiig) bes. stinkend); 2. schmutzig serös; 3. schleimig-eitrig-schaumig. Fettsäurenadeln. Elastische Fasern meist fermentativ aufgelöst u. fehlend. *Diff.-Diagnose*: Bei Bronch. foetida\* keine Lungenfetzen, physikalischer Befund. Röntgen. *Therapie*: Operation empfohlen (s. Lungenabscess). Sonst wie bei Bronchitis foetida\*.

Arneth.

**Lungen- u. Pleurageschwülste.** Praktisch wichtig nur Carcinom, Sarkom, Echinococcus (selten Enchondrome, Endotheliome). a) **Lungencarcinom.** Primär (rechts häufiger) u. metastatisch (bes. bei Mammacarcinom); solange kleiner (meist wenn metastatisch), nur ev. durch Röntgen nachweisbar. Auch als Miliarcinose. Wenn grösser: Dämpfung (bes. unregelmässige Grenzen u. atypischer Sitz z. B. unterm Sternum), sehr starkes perkussorisches Resistenzgefühl. Wenn Bronchien offen: Bronchialatmen usw. wie bei Infiltration (cf. Pneumonie), sonst wie bei Pleuritis\* oder bei Lungenkompression. Auswurf oft hartnäckig blutig, durch innige Vermischung mit Schleim „himbeergeleeartig“, ev. Krebspartikel (Zellen) enthaltend. Oft krampfhafter Reizhusten, Atembeschwerden, Dyspnoe. Meist komplizierende Pleuritis oder Perikarditis, gewöhnlich hämorrhagisch. Ev. Metastasen in regionären Drüsen. Durch Interostalräume wachsend. Wenn gross: Brusthälfte ev. erweitert, Mediastinum, Herz verschoben, Druck auf grosse Gefässe (Oedem, Varicenbildung an Gesicht, Hals, Brust, Arm; Pulsdifferenz), auf Nerven (Neuralgien, Recurrenslähmung usw.), auf Oesophagus, Trachea, Bronchien; cf. Aneurysma Aortae. Röntgen wichtig. b) **Lungensarkom.** Primär sehr selten, häufiger links, in meist etwas jüngerem Alter, Sympt. wie bei a. c) **Echinococcus.** Bis sehr grosse Blasen; fast nur uniloculär. Verkalkung kleinerer, nach Vereiterung. Wenn Durchbruch in Bronchien: Scolices, Häkchen, Blasenstücke im Auswurf; Kavernensymptome. Erst wenn grösser, raumbeengende Symptome u. perkussorisch, auskultatorisch wie sub a. Röntgen. Probepunktion gefährlich (eiweissfreie Flüssigkeit, Häkchen). Durchbruch ungünstig, wenn nicht nach aussen (Bronchien, Haut, Darm). **Diff.-Diagnose** (für a, b, c): Bes. Tuberkulose\*, Aneurysma\*, Pleuritis\*. **Therapie** (für a, b, c.): Symptomatisch, ev. operativ. d) **Pleuracarcinom** (Sarkom sehr selten). Fast nur sekundär (per continuitatem oder auf Blutweg), daher Nachweis primären Krebses (Lunge, Mamma usw.) wichtig. Viele kleine Knötchen oder grössere Tumoren, dann Symptome wie sub a. Primäre Endothelcarcinome: anfänglich als einfache Pleuritis imponierend (fieberlos). Wichtig Nachweis von Geschwulstzellen in Punktionsflüssigkeit, Verlauf. Cf. Lungensyphilis. Arneth.

**Lungenhypostase u. hypostatische Pneumonie.** Bei andauernder Rückenlage (Schwerkranke), zumal bei Herzschwäche, hinten unten Blutsenkung u. -stauung, dann serös-blutige Durchtränkung (erweiterte, durchlässige Gefässe); dazwischen ev. knotige pneumonische Herde (mechanisch, aseptisch). Bes. alte Leute gefährdet (lebensgefährlich, wenn Pneumonie dabei). Agonal. Entstehen begünstigt bes. bei Lungen- und

Pleuraerkrankung (Verwachsung), Kyphoskoliose, Fettsucht. **Sympt.:** Frequentere Atmung; bis Cyanose. Husten u. Auswurf (ev. blutig) kann fehlen. Bei einfacher Hypostase kein Fieber, auch bei Hinzutritt von Pneumonie nicht immer. Beiderseits hinten unten zunehmende Schallabkürzung, abgeschwächtes Atmen, feinblasiges Rasseln, ev. tympanitischer Schall bei geringerem Umfange. Wenn umfangreiche Dämpfung: Bronchialatmen usw. wie bei Pneumonie. Verlauf kann sich in die Länge ziehen. **Diff.-Diagnose:** Cf. Lungenatelektase; bei Lungenoedem\* verbreitetes feines Rasseln, charakteristischer Auswurf, selten Dämpfung. **Therapie:** Auch hier Prophylaxe Hauptsache. Cf. Lungenatelektase. Arneth.

**Lungenoedem. Ätiol.:** Am häufigsten durch Stauung (blutiges Transsudat in die Alveolen), wenn linker Ventrikel nicht mehr oder schwach u. rechter noch gut arbeitet: Bei Herzkrankheiten (Klappenfehler), akuten (Pneumonie am häufigsten) u. chronischen Lungenleiden, agonal; dann bei Nephritis (Gefäßwand-Ernährungsstörungen); akutest nach plötzlicher Entleerung von (bes. länger bestehenden) Pleuraexsudaten; als „kollaterales“ L. in Umgebung von Pneumonieherden usw. ohne bes. Bedeutung. **Sympt.:** Sputum wird dünnflüssiger, reichlicher, stark schaumig („Eierschnee“ artig) eiweissreich, mucinarm, rötlich gefärbt (pflaumenbrühartig bei croupöser Pneumonie); sich steigende Dyspnoe, Cyanose. Überall feuchtes, massenhaftes feines u. gröberes Rasseln („Kochen“), auf der Brust; wenn Flüssigkeit in Trachea steht, Trachealrasseln (agonal). Schall etwas tiefer (ev. tympanitisch). **Therapie:** Prophylaktisch Digitalis, bei Ausbruch Reizmittel für das Herz: Champagner, Grog, Cognac, Glühwein, starker Kaffee, Kampferöl, (bis  $\frac{1}{4}$  stdl. i Spr.), Coffeininjektionen (Rp. 55), Tinct. Strophanthi stdl. 10 Tr., Digalen oder Strophantin intramuskulär u. bes. intravenös (Rp. 51, 53); innerlich Plumb. acetic. 0,05, 2 stdl.; Rp. Acid. benzoic. 0,3, Camphor. trit. 0,1, 2 stdl. Vor allem auch Ableitung des Blutes zur Herzentlastung: Hauthyperämie durch fortgesetzte möglichst heisse (feuchte) Umschläge auf Rumpf u. Extremitäten, Senfmehlpackungen, heisse Hand- u. Fussbäder mit Senfmehlzusatz, ev. Abbinden der Glieder (cf. Blutungen, innere); stark abführen (Sennesblätterttee usw.); vor allem Aderlass (ev. lebensrettend). Arneth.

**Lungensyphilis.** Tertiär: Gummata (sehr selten), meist in Form. chronisch interstitieller Pneumonie, bes. im Unter- u. Mittellappen, mit breiten Schrumpfungsherden im Gefolge; bei Neugeborenen als „weisse Pneumonie“. Pleuritische Schwarten, wenn Pleura mitbefallen. **Sympt.:** Husten, Auswurf (schleimig-eitrig), oft Hämoptoë, ev. Atemnot, auch Fieber, physikalisch

Befund wie bei Pneumonia interstitialis\*. Röntgenuntersuchung. **Diff.-Diagnose:** Gegen Tuberkulose u. andere chronische Pneumonie spricht Anamnese, übriger Befund (Kehlkopf, grosse Bronchien; ev. Narbenstenosen), keine Tb.-Bacillen im Auswurf, negativer Wassermann. **Therapie:** Wenn noch keine Narbentw. durch Jodkali Restitution. Arneth.

**Lungentuberkulose** inkl. käsige Pneumonie; cf. Pneumonia interstitialis. **Ätiol.:** Tuberkelbacillus; Mischinfektion (meist bei Fieber). Durch Inhalation verstäubten Tbc.-haltigen Materials (bes. Sputum), Tröpfcheninfektion — daher Kontakt-, Familien-, Wohnungsinfektion, durch die Mandeln, bei Kindern öfter durch den Darm (Drüsen): Milch, Butter, Käse, verunreinigte (Fliegen!) Speisen. Typus bovinus selten für Menschen virulent. Bei Tuberkulose anderer Organe Blutweg. Sehr wichtig Heredität (Disposition). Die individuelle allgemeine bzw. lokale Resistenz ist herabgesetzt beim „Phthisischen Habitus“, schlechten Ernährungszustand, nach Infektionskrankheiten (bes. Masern, Pertussis, Influenza), durch Alkoholismus, bei Diabetes, im Puerperium, bei Lungenerkrankungen, wie Bronchitis, Pneumonie, bes. Pleuritis (gewöhnlich schon Ausdruck), bei Staubinhalation (daher als Gewerbekrankheit) durch schlechte allgemeine u. persönliche Hygiene (schlechte Kost; schlechte Wohnung, Massenanhäufung in Städten, bzw. Anstalten [Zuchthäuser usw.], Unreinlichkeit), u. klimatische Faktoren (niedrige Lage, feuchtes Klima, wenig Sonne, grössere Temperaturschwankungen). **Sympt.:** Initial (ev. noch kein physikal. Befund) oft blasses Aussehen (Chlorose vortäuschend), leichte Ermüdbarkeit, Gewichtsverlust, leichtes Schwitzen, ev. schon Nachtschweisse, Pityriasis versicolor) oder etwas Fieber (37,5 abends) bes. bei Anstrengung (auch schon beim Gehen), Kurzatmigkeit, oft Magendarmstörungen (Diagnose irreleitend). Kurzer, trockner, anstossender Husten (Hüsteln), Schmerzen auf der Brust zwischen den Schulterblättern. Anamnese (Heredität) sehr wichtig; Reste früherer scrofulöser Leiden (Lymphdrüsenanschwellung, Augen-, Ohr-, Hautleiden, Knochencaries, Gelenkleiden, Pleuritis). Habitus phthisicus (kann auch fehlen): Hoch aufgeschossen, schwächlich, graziler Knochenbau, schwächliche Muskulatur, zarte, blasse Haut, langer, schmaler Thorax, breite, tiefe Intercostalräume, starker Angulus Ludovici, spitzer epigastrischer Winkel, eingesunkene Gruben, abstehende Schulterblätter. Primäre Larynx-tuberkulose selten. Initiale Hämoptoe („prognostisch günstig“, vielleicht weil deswegen sogleich sorgfältige Behandlung). Nach Bronchitis, Pneumonie, bes. Pleuritis (auch späterhin) oder direkt als nachweisbarer Lungenspitzenkatarrh einsetzend: verschärftes oder auch abgeschwächtes oder sakkadiertes Atmen, verlängertes Expirium,

rauhes Atmen, selten trockne (knackende, pfeifende, schnurrende), gewöhnlich feinblasige Rasselgeräusche (kurz husten u. dann tief atmen lassen!), cave Verwechslung mit Scapularknarren, Muskelknacken (hell, vereinzelt). Perkussorisch Schallverkürzung (leise u. stärker perkutieren) bis leichte Dämpfung; bei Retraktion Tieferstehen der betr. Spitze, Zurückbleiben bei der Atmung (Fossa supra- u. infraclavicularis). Bei tuberkulös-pneumonischer Infiltration Dämpfung über Oberlappen, auch tympanitischer Beiklang (Williamsscher Trachealton), Bronchialatmen, Bronchophonie, klingelndes Rasseln (bes. wichtig, oft allein beweisend); bei kleineren (ca. Nussgrösse) Kavernen dasselbe, ferner tympanitischer Schall, verstärkter Stimmfremitus, bis grossblasige, klingende Rasselgeräusche. Bei grösseren (5—6 cm usw. Durchmesser) metallische Phänomene: betreffend Klopfeschall (mit Stäbchen-Plessimeter!; bei Füllung Dämpfung; Wechsel wichtig), Atmen (meist amphorisch), Rasselgeräusche; Bruit de pot felé, metamorphosierendes Atmen. Auch Schallwechsel. 1. Wintrich (am wichtigsten): Höher-(Lauter-) werden des Schalles beim Mundöffnen (in Rückenlage); unterbrochener Wintrich: Beim Aufsetzen Schallwechsel, beim Öffnen u. Schliessen des Mundes verschwunden u. umgekehrt (Öffnung durch Sekret verlegt). 2) Gerhardt: Beim Aufsitzen tieferer Schall als beim Liegen (Eiform der Kaverne). 3. Respiratorischer Schallwechsel (inspiratorisch Höherwerden des Schalls). In grossen Kavernen bei dünnflüssigem Inhalte auch Succussio möglich. Sputum münzenförmig (nicht konfluierend), eitrig oder geballt, zu Boden sinkend. — Fieber: oft gering (oft Typus inversus), oft hektisch (unter Frostanstieg, mit starken Nachtschweissen, intermittierend), fieberfreie Pausen, hohes kontinuierliches bei galoppierendem Verlaufe = käsiger Pneumonie: auch primär mit Schüttelfrost einsetzend, zuweilen nach Blutungen, meist in Unterlappen, bes. bei Jugendlichen, akut oder subakut zum Tode führend (eine Krise tritt nicht ein, Auswurf wird eitrig). — Puls: Fast immer beschleunigt; wenn sehr leicht Herzklopfen, nicht günstig. — Im Verlaufe: rechter Ventrikel etwas hypertrophisch u. dilatirt, 2. Pulmonalton verstärkt; bei Schrumpfung Mediastinum u. Herz verschoben; Oedeme bei Herzschwäche, auch marantische, ebenso (öfter) Venenthrombosen (Bein); starkes Rétrécissement ganzer Brusthälften (bei chronischen Schrumpfungsphtisen), andere Seite erweitert (vikariierendes Emphysem); Urin gibt Diazoraktion (ungünstig); chronisch-parenchymatöse Nephritis. — Bei Kindern auch mehr über der Lunge zerstreute, multiple, kleinere Herde, physikalisch dann schwer erkennbar (oft nur feuchtes Rasseln), Bronchialdrüsen- (nur Röntgendiagnose sicher), ferner leichter Mesenterialdrüsen-, Knochen-, Gelenk-

tuberkulose, Milzschwellung, Meningitis tuberculosa. Röntgenaufnahme bes. wichtig für initiale Spitzentuberkulose, aber auch in anderen Stadien oft wichtige Aufschlüsse gebend (Kavernen, Pneumothorax, Bronchialdrüsen, centrale Herde). **Komplik.**: 1. Hämoptoë\*, hellrot, streifenförmig, reines Blut, innig mit Eiter vermischt (lehm-, schokoladefarben), meist durch anstrengendes Husten; grosse Mengen = Blutsturz; auch tage- u. wochenlang (ev. Spuren). Fieber gewöhnlich dabei; Verschlimmerung zuweilen anschliessend. Cave Verwechslung mit Blut aus Rachen (Pharyng. chronica, bei Rauchern usw.) oder Zähnen (Saugen lassen, ausspucken). 2. Kehlkopftuberkulose\* (bes. heftiger Husten). Heiserkeit auch durch Stimmbandschwäche (infolge Hustens) oder Laryngitis\*. 3. Lungengangrän\*, Pneumothorax\*, sehr oft Pleuritis\* (bes. initial), öfter hämorrhagisch, Endokarditis\* (bes. in Endstadien). 4. Fettleber\*. 5. Sehr oft Darmtuberkulose\* (Geschwüre; Verschlucken von Sputis): schwere Durchfälle, hartnäckiger Meteorismus, Bauchfellentzündung, Mastdarmfisteln\*. 6. Hoden-, Nebenhoden-, Samenbläschentuberkulose. 7. Meningitis tbc., Miliartuberkulose\*, Amyloid\*. 8. Psychische Störungen (bis Psychosen). **Diff.-Diagnose**: Tbc. im Auswurf beweisend (offene, manifeste Form, im Gegensatz zur geschlossenen, wo fehlend); wenn sehr viel, gewöhnlich schwererer Fall; bei Heilung verschwindend (Kinder bis ca. 8 Jahren schlucken meist den Auswurf). Ebenso elastische Fasern (negativ — kein Beweis dagegen), je mehr, desto grösser die Einschmelzung. In zweifelhaften u. initialen fieberfreien Fällen (s. o.) diagnostische Tuberkulininjektion, Con-junctivalreaktion, bei Kindern v. Pirquetsche Impfung. Röntgenuntersuchung. **Therapie**: Physikalisch-diätetische klimatische Behandlung (Ruhe, reichliche Ernährung, beständig Aufenthalt im Freien [gute staubfreie Luft], Liegekuren in windgeschützter Gegend mit viel Sonnenschein). Auch für Prophylaktiker (Belastete, Krankgewesene), bes. jugendliche; ev. jährliche Kuren. Für diese auch Berufswahl wichtig: Landwirt, Gärtner, Seemann, Jäger. Aufenthalt im Hochgebirge (bes. Sanatoriumwinterkuren von Ende Oktober bis Anfang April): Davos (für Unbemittelte deutsche Heilstätte, früh anmelden), Arosa, Leysin. Bereits stärker Heruntergekommene, weit Fortgeschrittene, mit höherem beständigem Fieber, mit Larynx-, Darmtuberkulose, Hämoptoiker, mit leicht erregbarer Herztätigkeit, stärker Nervöse nicht gut dafür geeignet. Besser dann oft Kurorte im Mittelgebirge u. niedriger gelegene; am besten ebenfalls in Sanatorien (deren erzieherische Wirkung an sich sehr wichtig). In offene Kurorte nur solche, die bereits in Sanatorien waren. Schwarzwald (St. Blasien, Schömberg, Wehrawald, Badenweiler, Rippoldsau), Harz (St. Andreasberg,



Sülzhayn), Schweiz, Sächs. Vogtland (Reiboldsgrün), Taunus, Voralpen (Reichenhall, Berchtesgaden, Garmisch), Thüringerwald, Schlesien (Görbersdorf), Riesengebirge (Hohenhonnef). Sanatorien (dasselbst) meist das ganze Jahr geöffnet. Ferner viele Sanatorien (Volksheilstätten) in geschützten Waldgegenden (niedrige Lagen) für Minderbemittelte, Versicherungsranke. Ausserdem Fürsorgestellen für Lungenranke. — Küstenklima (Riviera, bes. französische, Korsika, Madeira, Teneriffa), ev. längere See-reisen. Im Frühjahr u. Herbst zum Übergang: Orte an oberitalischen Seen, Genfer-, Vierwaldstädter-See, Tirol (Meran, Gries, Bozen). Wichtigst: nach der Kur hygienisch einwandfrei weiterzuleben, sonst leicht Rückfälle. Für Kinder See-sanatorien oft gut. Badeorte: alkal. Wässer, NaCl-Wässer, u. erdige Quellen, wo Inhalatorien, Gradierwerke; auch Trinkkuren. Kur zu Hause oder im Krankenhaus oder Landaufenthalt für viele allein in Frage kommend: bei gutem Wetter an windgeschützten Stellen Freiluftliegekuren (Veranden), reichliche Ernährung (Milch  $1\frac{1}{2}$ —2 Liter), Fleisch, Eier, reichlich Fett u. Kohlehydrate, etwas Bier, Wein als Genussmittel; ev. Kefirkur, Lebertran (bis einige Esslöffel täglich); langes Schlafen; Abreibungen (morgens u. abends mit Franzbranntwein, aromatischem Essig, Essigwasser bei Schwachen, bei kräftigen auch Duschen u. kalte Abreibungen (zur Abhärtung u. Erhaltung der Hauttätigkeit). Wenn fieberfrei, auch Spaziergänge (langsam, nicht ermüdend, kein Fieber davon); kein Rauchen; Aufregungen meiden. Im Hause: eigenes grosses (Süd-)Zimmer (bes. für Hustende), eigenes Essbesteck u. Geschirr, Taschenspucknapf (Dettweiler); nur feucht aufnehmen; grösste Reinlichkeit. Aus überfüllten Wohnungen ins Krankenhaus, wo auf eigene Abteilungen. Skrofulöse Leiden energisch behandeln. Symptomatisch (medikamentös): Stomachica s. Anhang. Expektorantien, Desinfizientien (Balsamica) cf. Bronchitis acuta u. chronica. Kombinierte Wirkung durch Kreosot- u. Guajakolpräparate, jedoch nicht bei schlechtem Magen: Rp. 164, 165, 166. Sulfosotsirup, Thiokol  $2 \times$  tgl. 1 Messerspitze, Sirolin, Guajacol. carbonic.  $3 \times$  tgl. 1 Messerspitze. Gegen Brustschmerzen, Seitenstechen, Reizhusten usw. cf. Bronchitis acuta (auch betr. Inhalationen) u. Pleuritis. Bei Hämoptoë s. dort. Bei Nachtschweissen Abreibungen mit Franzbranntwein, Vorlauf, Essigwasser (ev. morgens u. abends), abends  $1$ — $2$  grosse Tassen Salbeitee (kalt), Milch mit Kognak, nicht zu warm zudecken, Zimmer kühl halten, ev. Atropin- ( $\frac{1}{2}$ — $1$  mg) oder Agaricin- ( $5$ — $10$  mg) Pillen abends. Gegen Diarrhöen diätetisch (cf. Enteritis chronica), Adstringentien Rp. 13, 16, 19, ev. mit Opium oder dieses allein. Bei gleichzeitiger Anämie Arsen, auch Eisen (nicht bei Hämoptoikern), cf. Anämie bzw. Chlorose.

Spezifische Behandlung fieberfreier, bes. initialer Fälle mit Tuberkulin (altes, neues, Bacillenemulsion, Präparate verschiedener Institute): „Tuberkulinspritzkur“; mit kleinsten Dosen beginnen, sehr langsam steigern, Reaktion (Fieber) vermeiden, ev. Pausen oder Zurückgehen in Dosis, daher meist Monate lange Dauer. Alttuberkulinanfängsdosis  $\frac{1}{500}$ — $\frac{1}{100}$  mg, steigern bis 0,01. Arneth.

**Lupus erythematodes.** *Ätiol.*: Unbekannt. Vielleicht Zusammenhang mit Tuberkulose. *Sympt.*: Stecknadelkopf- bis erbsengrosse etwas erhabene Flecke mit kleinen centralen Schüppchen u. in eine Talgdrüse hineinragenden Zapfen vereinigen sich in grösserer Zahl; während peripher Krankheitsprozess durch Anlagerung neuer Flecke oder Ausbreitung der alten vorschreitet, kommt es im Centrum des Herdes zu Hautatrophie. Diese Scheibenform (L. e. discoides) mit zahlreichen Comedonen u. seborrhoischen Auflagerungen am Rande der Herde am häufigsten im Gesicht in Schmetterlingsform (die Flügel auf den Wangen, Körper auf der Nase); ausserordentlich chronischer Verlauf. Beim L. e. disseminatus isolierte Primärefflorescenzen oft am ganzen Körper, viel akuter u. bösartiger, oft unter erysipelartigen Attacken zum Exitus führend. Mitunter beide Formen gemischt. *Therapie*: Innerl. Chinin (0,05 allmählich bis  $3 \times$  tgl. 0,5) u. äusserlich Jodtinktur 5 bis  $6 \times$  tgl. aufgespritzt; dann Pause, bis die Jodkruste sich abhebt u. von neuem Jodpinseln, während Chininmedikation ohne Unterbrechung (Holländer). Auch Röntgenstrahlen oder Quarzlampe. M. Joseph.

**Lupus laryngis et pharyngis.** *Ätiol.*: Meist sekundär infolge von Lupus der Gesichtsepidermis u. Nasenschleimhaut, aber auch — selten — primär. Infektion durch Tuberkelbacillen, welche öfters gefunden, aber schwächer u. weniger virulent. *Sympt.*: Schleimhautknötchen, die allmählich zu erhabenen, circumscribten Infiltraten zusammenfliessen. Später unregelmässige Ulcera. Verdickung der Uvula, die starr u. höckrig wird; Infiltration der Gaumenbögen u. Tonsillen, hinteren Pharynxwand. Im Kehlkopf vorwiegend Kehlkopfeingang befallen; namentlich Verdickung u. Starrheit der Epiglottis, die als Tumor imponieren kann; aber auch aryepiglottische Falten, Regio interarytaenoidea infiltriert. Auf Kehlkopfhinterwand tumorartige Verdickung ev. mit mechanischer Glottisschlussbehinderung. Taschenfalten u. Stimm lippen erst nach langem Bestehen ergriffen; mitunter auch Perichondritis der Kehlkopfknochen mit Nekrosen u. Substanzverlust (der Epiglottis u. Aryknorpel). Narbenbildungen im Pharynx. Subjektive Beschwerden gering oder gar nicht.

Fast immer schmerzlos. Bei Stimmbänderkrankungen Heiserkeit\* bzw. Aphonie\*. **Diff.-Diagnose:** Charakteristisch der oft sehr langsame Verlauf u. die Schmerzlosigkeit, sowie Beschwerdefreiheit; namentlich gegenüber der Tuberkulose, deren Granulationen grösser u. nicht knötchenförmig, deren Ulcera tiefer, auch keine oder äusserst geringe Narbenbildung. Syphilis weniger leicht zu verwechseln, weil stärkere Rötung der Umgebung u. scharfer Rand der Ulcera, ausser sonstigen Allgemeinerscheinungen ev. Nutzen antisypilitischer Therapie, sowie Unterscheidung durch spezifische Proben (Wassermann, Tuberkulin), Spirochaete pallida. **Komplik.:** Beteiligung der Gesichtsepidermis u. Nasenschleimhaut. Nicht selten chronisch indurative Form der Lungentuberkulose mit sehr langsamem Verlauf. **Therapie:** Durch Allgemeinbehandlung wenig zu erreichen. Lokal Auskratzung der Ulcera. Entfernung der Verdickungen. Galvanokaustik. Milchsäureätzungen (10—90%,) nach vorheriger Cocainisierung. Bei ausgedehnten Kehlkopfkrankungen ev. Tracheotomie, Laryngofissur mit Ausräumung des Krankhaften. Tuberkulinbehandlung im allgemeinen weniger befriedigend. Die bei Epidermilupus üblichen Methoden wie Finsenlicht, Röntgen- u. Radiumstrahlen, Heissluftbehandlung im allgemeinen schwer u. unvollkommen anwendbar, daher nicht so günstig wirkend, aber in geeigneten Fällen mitunter nicht erfolglos.

Max Senator.

**Lupus vulgaris.** **Ätiol.:** Lokale Tuberkulose der Haut. **Sympt.:** Sandkorn- bis stecknadelkopfgrosse vereinzelte oder gruppenförmige braunrötliche, weiche Knötchen mit sehr langsamem Wachstum. Später ragen sie über die Haut hervor (L. tumidus) u. die Epidermis blättert auf (L. exfoliatus), oder die Krusten bilden sich zu runden, wenig in die Tiefe gehenden, kaum schmerzhaften, leicht blutenden Geschwüren mit flachen Rändern um (L. exulcerans). Oft leicht blutender torpide Granulationen mit warziger Hervorragung (L. verrucosus). Die Erkrankung bleibt an verschiedenen Stellen isoliert (L. disseminatus) oder breitet sich serpiginos über grosse Flächen aus (L. serpiginosus). Häufigste Lokalisation im Gesicht, bes. Wangen u. Nase, hier häufig von der Schleimhaut ausgehend u. dann schwerer verlaufend als beim gewöhnlichen Hautlupus, der an den Extremitäten mehr serpiginöse Form annimmt. Oft hochgradige Entstellung (Defekte u. Narbenbildungen an der Nase usw.). **Komplik.:** Erysipel, Carcinom, anderweitige Tuberkulose. **Diff.-Diagnose:** Bei Lues haben Geschwüre wallartig erhabenen, scharf abgeschnittenen, runden u. zerklüfteten Grund, in der Peripherie der lupösen Geschwüre typische weiche Knötchen. Bei Glasdruck sind Lupusknötchen als bräunliche oder gelbbraunliche, gelatinöse Infiltrate von

der Farbe gebrannten Zuckers sichtbar. In zweifelhaften Fällen entscheidet antisyphilitische Therapie oder Tuberkulinreaktion.

**Therapie:** Wenn irgend möglich, Excision mit plastischer Deckung; oder 30 % Resorcin-Zinkpaste oder 10 % Pyrogallolsalbe u. nach hierdurch erzeugter Blasenbildung allmählich schwächere 2 % bis  $\frac{1}{10}$  % Pyrogallolsalbe. Vorzügliche kosmetische Resultate beim flachen Lupus mit Finsenbehandlung; nach einigen Stunden eine in etwa 14 Tagen abheilende Reaktion, worauf eine weitere etwa 10pfennigstückgrosse Stelle bestrahlt wird. Behandlungsdauer sehr lang, Apparat kostspielig. Statt dessen können auch grössere Flächen zuerst mit der Kromayer'schen Quarzlampe oder der Lupus tumidus vorher mit Röntgen bestrahlt u. später in beiden Fällen der Finsentherapie unterworfen werden. Am schnellsten wirkt Holländers Heissluftkauterisation, wobei trockne Luft von ungefähr 300° konzentriert, graduiert u. dosiert auf die Haut einwirkt. Nach genügender Verschorfung Nachbehandlung mit Borvaseline u. Anregung der Granulationen durch Höllensteinpinselung. Bei etwaigen Rezidiven eine der genannten Methoden. M. Joseph.

**Luxationen.** Abnorme Stellung der Gelenkkörper, so dass sich die Gelenkflächen gar nicht (totale L.) oder abnorm (Subluxation) berühren; normale Funktion also unmöglich.

1. **Traumatische L.** Entstehen um so leichter, je freier das Gelenk beweglich. Meist durch indirekte Gewalt (Hebelwirkung) verursacht. Stets Kapselzerreissung an schwacher Partie. Subcutane u. offene (komplizierte) L. Der periphere Knochen ist der luxierte, an der Wirbelsäule der obere Wirbel. **Sympt.:** Veränderte Form des Gelenks, abnorme Stellung der Gelenkenden; sicht- u. fühlbar (abnorme Breite, abnorme Vorsprünge); stets Vergleich mit anderer Seite! Achse des luxierten Knochens weicht ab; ihre Verlängerung trifft nicht das Gelenk. Abnorme Verkürzung, seltener Verlängerung der Extremität. Aufgehobene Funktion des Gelenks; abnorme Fixation, bei passiven Bewegungsversuchen federnder Widerstand; Schmerz im Moment der Verletzung, später nur bei Bewegungsversuchen. Meist keine Crepitation. Stets genaue Art der Verschiebung festzustellen suchen! **Komplik.:** Abriss von Knochenteilchen (z. B. Epicondylen), Zerrung bzw. Zerreiſsung von Sehnen, Muskeln, Gefässen, Nerven, daher spätere Ernährungsstörungen, Neuralgien usw. **Diff.-Diagnose:** Bei Gelenkfraktur abnorme Beweglichkeit, bei Repositionsversuchen schnelle Rückkehr in die abnorme Stellung, gewöhnlich Crepitation. Bei Zweifel Röntgenbild! 2. **Habituelle L.** Neigung eines Gelenks zur Wiederkehr der Luxation bei unwesentlichem Trauma; als Ursache abnorm weite Dehnung, nicht vernarbter Riss der Kapsel, oft Folge zu früh begonnener u. unrichtiger Bewegung des luxiert gewesenen

Gelenks. 3. **Pathologische** oder **spontane L.** Eintritt ohne wesentliche Ursache, wenn z. B. Kapsel durch entzündlichen Erguss oder bei Lähmung der Muskulatur abnorm gedehnt ist (**Distensions-L.**), oder wenn durch Entzündungsprozess Kopf bzw. Pfanne stark verändert bzw. zerstört (**Destruktions-L.** am Hüftgelenk, Pfannenwanderung). 4. **Kongenitale L.** Nur beim Hüftgelenk beobachtet (s. u.). **Therapie:** Traumatische L. so früh wie möglich einrichten; je früher, um so leichter; Prognose absolut von rechtzeitiger Reposition abhängig. Am besten in Narkose (ev. Ätherrausch) wegen starker Schmerzen u. Ausschaltung des Muskel-Widerstands. Technik s. u. Grundsatz ist, nicht durch grosse Gewalt, wie früher, sondern durch zweckmässige, den luxierenden analoge Bewegungen; durch den so klaffend gemachten Kapselriss die Reposition zu erreichen. Nachbehandlung: 8—10 Tage Fixation des Gelenks, damit Kapselriss ungestört vernarben kann; dann passive u. aktive Bewegungen, die nach u. nach ausgiebiger werden; dabei von vornherein Massage, später auch medico-mechanische Behandlung. Offene (komplizierte) L. nach strengster Desinfektion unter voller Asepsis sobald als möglich reponieren. Gelingt Reposition nicht, bei sog. inveterierter L., so liegt selten Nearthrosis vor (indem Kopf sich neue Pfanne mit mehr weniger Bewegungsfähigkeit gebildet); meist vielmehr absolute Ankylose. Brauchbarkeit von Stellung u. Extremität abhängig. Ankylosen an unterer Extremität garantieren gute Funktion, wenn Stellung nicht zu ungünstig; an der oberen nur Ankylose des Ellbogens funktionsmässig, falls recht- bzw. spitzwinklig (s. u.), ev. auch des Handgelenks. Wenn bei inveterierter L. Repositionsversuche trotz vorhergehenden mobilisierenden Bewegungen resultatlos, dann Wiederholung nach Eröffnung des Gelenks u. nach Beseitigung hindernder Verwachsungen, Stränge usw.; bei Erfolglosigkeit (oft), Resektion des luxierten Kopfes u. gute Nachbehandlung zur Erzielung möglicher Bewegungsfähigkeit.

#### L. des Ellbogengelenks.

a) **L. antibrachii posterior.** Gewöhnlich indirekt durch Hyperextension des Cubitus, seltener direkt durch Fall auf das gebeugte Ellbogengelenk. — **Sympt.:** Gelenk in leichter Flexion, federnd fixiert, Diameter anterior-posterior verbreitert, Achse des Vorderarms geht nach hinten am Cubitus vorbei; hinten Olecranon mit konkav gebeugter Tricepssehne sicht- u. fühlbar; vorne der Proc. cubitalis humeri. Hüters Linie (S. 160) Winkel mit Scheitel nach oben bildend. Arm verkürzt. **Komplik.:** Abbruch des Proc. coronoideus. **Diff.-Diagnose:** Bei Abbruch des Proc. cubitalis humeri Hütersche Linie intakt, abnorme Beweglichkeit, Crepitation. **Therapie:** Narkose,

Hyperextension (Tischkante, auf eigenem Knie) wegen Verhakung des Proc. coronoideus; dann unter Zug am Vorderarm Beugung; schnappendes Geräusch bei Eintritt ins Gelenk. Nur bei gleichzeitigem Abbruch des Proc. coronoideus Reposition durch einfachen Zug am Vorderarm möglich; ev. aber auch grosses Hindernis bei Reposition.

b) **L. antibrachii anterior.** Sehr selten, gewöhnlich kompliziert durch Fraktur des Olecranon; Fall auf den flektierten Ellbogen. *Sympt.:* Gelenk in leichter Flexion, federnd fixiert; Diameter anterior-posterior verbreitert; Achse des Vorderarms geht nach vorne am Gelenk vorbei. Hinten Proc. cubitalis humeri, vorne Ulnagelenkfläche fühlbar. Arm verkürzt. — Zur Reposition starke Flexion des Gelenks, direkter Druck auf Ulnagelenkfläche nach unten u. hinten, Radius folgt; meist starke Kapsel- u. Weichteil-Zerreissungen dabei.

c) **L. antibrachii lateralis**, interna bzw. externa. Gewöhnlich nur Subluxationen, so dass bei der interna Radiusköpfchen auf Trochlea, bei der externa Ulnagelenkfläche auf Eminentia capitata steht, während Radiusköpfchen, aussen zu fühlen, nicht artikuliert. Selten; durch grosse Gewalten. *Sympt.:* Nicht immer Verbreiterung des Diameter lateralis. Bei der externa fühlt man Capitulum radii aussen durch Pronations- u. Supinationsbewegungen ohne Gelenkverbindung; bei der interna ist Capitulum radii aussen verschwunden, innen ein Teil der Ulnagelenkfläche fühlbar. — Zur Reposition direkter reichlicher Druck von innen bzw. aussen bei gleichzeitiger starker Extension u. Abduction des Vorderarms.

d) Seltene Formen: **Divergierende L.;** hierbei Ulna nach hinten, Radius nach vorn. Isolierte **L. der Ulna** nach hinten; Reposition, wie angegeben. **L. des Radiusköpfchens** nach aussen, hinten oder vorn; bei Fall auf Hand des gestreckten Arms; bei L. nach aussen gewöhnlich zugleich Fraktur der Ulna-Diaphyse. Reposition durch direkten Druck auf Köpfchen u. Extension am Vorderarm.

**L. der Finger.** Im Metacarpocarpalgelenk abnorm selten. In Metacarpophalangeal- u. Interphalangeal-Gelenken fast ausnahmslos auf das Dorsum des centralen Knochens. Reposition durch Zug nach Hyperextension u. direkten Druck auf Basis des luxierten Knochens. — Am häufigsten **L. des Daumens** im Metacarpophalangealgelenk, ebenfalls dorsal, durch Fall, Stoss auf gestreckten Daumen. Bei kompletter L. Grundphalanx senkrecht, bei „komplexer“ parallel zum Metacarpus auf dessen Dorsum. Symptome nicht zu verkennen; cave Irrtum über die Stellung der Grundphalanx. Reposition durch Hyperextension u. schiebenden Druck auf Basis der Grundphalanx. Öfters unmöglich wegen Interposition von

Kapselteilen mit Sesambeinchen oder der Sehnen des Flexor pollicis longus; dann operative Eröffnung des Gelenks volarwärts u. Reposition nach Excision der hindernden Kapsel mit Sesambeinchen bzw. Verlagerung der Flexorensehne.

**L. der Hand.** L. im Radiocarpalgelenk. Sehr selten, meist dorsalwärts, so dass Vorderarm u. Handgelenk abnormen Absatz bilden; grosse Ähnlichkeit mit Fraktur der Radiusepiphyse. **Diff.-Diagnose:** Bei L. ist Proc. styloideus schmerzlos zu palpieren, Druckschmerz genau am Gelenk; bei Fraktur Druckschmerz central desselben. Reposition durch Zug u. schiebenden Druck auf Basis des Carpus. **Komplik.:** Oft gleichzeitiger Bruch des Proc. styloideus radii; dann Diagnose sehr schwierig, ev. Röntgenaufnahme.

**L. des Hüftgelenks.** Traumatisch oder kongenital. Er-  
stere rel. selten, meist durch indirekte sehr grosse Gewalten.

a) **Hintere (äussere) L.** Nach hinten oben (L. iliaca) oder hinten unten (L. ischiadica). **Ätiol.:** Starke Flexion, Adduction, Innenrotation. **Sympt.:** Bei ersterer erhebliche relative Verkürzung (Trochanterhochstand) des mässig flektierten, adduzierten, stark innen rotierten Femur; Kopf am Os ilei zu fühlen. Bei letzterer mässige Verkürzung, erhebliche Flexion u. Adduction des nach innen rotierten Femur; Kopf hinten unten am Foramen ischiadicum zu fühlen. **Therapie:** Narkose, Lagerung auf ebener Unterlage. Starke Flexion unter gleichzeitigem Zug nach unten, Adduction u. dann kräftige Aussenrotation des Femur.

b) **Vordere (innere) L.** Kapselriss im vorderen, medianen Abschnitt, median vom Lig. Bertini. **Ätiol.:** Abduction u. starke Aussenrotation. **Sympt.:** Bei L. obturatoria (s. infrapubica) geringe Verlängerung des Beins; Femur leicht flektiert u. abduziert, stark aussen rotiert; Kopf am Foramen obturatum zu fühlen, ausnahmsweise am R. descendens ossis pubis (L. perinealis). — Reposition durch Flexion u. Abduction, dann starke Adduction u. Innenrotation. Bei L. ileo-pubica leichte Verkürzung des gestreckten bzw. leicht flektierten, abduzierten u. stark aussenrotierten Femur; Kopf unterhalb des Lig. Poupartii fühlbar. Zur Reposition vermehrte Extension bei gleichzeitiger Abduction, dann kräftige Innenrotation. — Ausnahmen sind L. supra- u. infracotyloidea.

**Diff.-Diagnose:** Bei L.: federnder Widerstand des fixierten meist palpierbaren Kopfes in bestimmter Stellung; bei hinterer L. Innenrotation des verkürzten Femur, bei vorderer Aussenrotation des ev. etwas verlängerten Beins. Bei Schenkelhalsfraktur stets Verkürzung, meist Aussenrotation, gewöhnlich abnorme Beweglichkeit, wenn nicht eingekeilt.

c) **L. coxae congenita.** Nicht ganz seltene Entwicklungsstörung; gewöhnlich L. nach hinten oben (anfangs supracotyloidea, später iliaca), ausnahmsweise nach vorn (L. pubica). Pfanne flache Grube, Kopf unregelmässig deformiert, hängt ausserhalb der Pfanne an verdickter Kapsel ev. Lig. teres, wenn dieses nicht schon zerstört. **Ätiol.:** Wahrsch. abnorm frühzeitige Verknöcherung des Y-förmigen Pfannenknorpels, infolge davon unzureichende Ausbildung der Pfannenhöhlung. Mädchen bevorzugt; ein- oder beiderseitig. **Sympt.:** Bei einseitiger L. Verkürzung des luxierten Beins, d. h. der Spina-Malleolen-Distanz. Schmerzloser Gang, einknickend nach luxierter Seite. Bei Palpation lateral von unten nach oben zwei Höcker zu fühlen, erst Trochanter, dann Kopf; letzterer oft deutlich auf Os ilei palpierbar. Atrophie des M. glutaeus medius, daher Trendelenburgs Phänomen: Beim Stehen auf luxiertem Bein u. Erheben des im Knie flektierten gesunden neigt sich gesunde Beckenhälfte, Glutäalfalte steht hier also tiefer als beim Standbein. Bei doppelseitiger L. infolge abnormer Beckenneigung starke Lordose der Lendenwirbelsäule; Gang watschelnd von einer zur anderen Seite (Entengang). Becken hängt mit Oberkörper in Gelenkkapsel ohne andere Stütze (S-förmige Kutsche). **Diff.-Diagnose:** Bei Coxitis vorhergehendes Krankenlager, schmerzhaftes Hinken, ganz kurzes Auftreten auf kranker Seite; bei L. nur kurzdauerndes, schmerzloses Auftreten auf luxiertem Bein, Hinken wegen Verkürzung. Bei beginnender Coxitis Aussenrotation u. scheinbare Verlängerung des Beins, bei L. Aussenrotation u. Verkürzung des Beins. Bei Coxa vara nur ein Höcker fühlbar, bei L. zwei; bei letzterer auch Herauf- u. Herabschieben der Kopfes auf dem Darmbein möglich. **Therapie:** Möglichst früh unblut geod. blutige Reposition. Bei ersterer in Narkose manuelle, besser instrumentelle, forcierte maximale Abduction des Femur, bis Kopf der Pfanne gegenüber, dann durch Rotation (nach innen bzw. aussen) Eindrehen des Kopfes in die Pfanne, wobei zuweilen hörbares Einschnappen. Fixation des reponierten Kopfes mit Hilfe von Gipsverbänden; allmähliche Zurückführung in normale Stellung während vieler Monate bzw. Jahre. Rezidiv nicht ganz selten. Bei blutiger Reposition Eröffnung des Hüftgelenks durch vorderen Schnitt, parallel zum Femur; nach Kapselspaltung Trennung hinderlicher Stränge; Schonung des Glutaeus medius, weil dieser Fixation des Kopfes garantiert; Vertiefung der Pfanne mittels Meissels oder scharfen Löffels; Reposition (s. o.); Schluss der Wunde u. Fixation des reponierten Kopfes durch Gipsverband.

**L. des Kniegelenks.** Kongenitale nur bei gleichzeitigen, anderweitigen Missbildungen; traumatische sehr selten. Nach



allen vier Seiten möglich, nach vorne am ehesten; seitliche meist Subluxationen. *Sympt.*: Bajonettförmige Stellung des Gelenks, Femurcondylen deutlich palpierbar. Heftiger Schmerz, federnde Unbeweglichkeit des Gelenks. Achse der Tibia geht verlängert am Gelenk vorbei. Gefahr der Gangrän des Fusses wegen zu starker Spannung der Poplitealgefäße. *Therapie*: Reposition stets in Narkose; Zug nach unten u. direkter Druck auf luxierten Teil. — Cf. Meniscusverletzungen.

**L. der Kniescheibe.** Selten kongenitale, pathologische u. habituelle L., fast alle nach aussen, namentlich bei Genu valgum, deshalb dessen Behandlung wichtig; bei kongenitaler oft allein genügend. Im übrigen verschiedene operative Massnahmen. Von traumatischen L. kommen vor a) **Verschiebungs-L.**; nur nach aussen; Patella auf Epicondylus ext. femoris mehr weniger weit verschoben, Rand nach vorne. Kapselriss nicht immer, häufig bei Genu valgum. b) **Drehungs-L.**; Torsion der Patella um eigene Achse um 90 bzw. 180°, also vertikale bzw. Inversions-L. Vertikal-L. ohne weiteres erkennbar, bei Inversions-L. First der Patella-Gelenkfläche fühlbar; Gelenk leicht gebeugt; Ligament verdreht, wulstig; Bewegungen gehindert. *Therapie*: Bei Verschiebungs-L. wird Kniescheibe in Beugstellung hinaufgeschoben, dann Hineindrücken in Trochlea. Bei Vertikal-L. in Streckstellung Hinaufschieben der Kniescheibe u. Rotation nach innen bzw. aussen. — Ev. vorher operative Freilegung u. Beseitigung von Hindernissen.

**L. des Schlüsselbeins.** **L. prae-** bzw. **supra-** oder **retrosternalis.** Selten. Nicht zu verkennen. Zuweilen durch Druck auf Oesophagus, Trachea, Vagus, Phrenici Schling-, Atem-, Pulsstörungen. Reposition nicht immer leicht, bes. bei L. retrosternalis. Rezidive häufig. Ev. Eröffnung des Gelenks bzw. Resektion des Köpfchens. — Häufiger L. des acromialen Endes (richtiger: L. der Scapula), **L. infra-** bzw. (häufiger **supraacromialis.** Diagnose leicht. *Therapie*: Reposition bei letzterer durch Erheben des Arms samt Acromion, ev. Auswärts- bzw. Rückwärtsdrehung desselben; Fixation. Bei L. infraacromialis durch Rückwärtsdrehung des Arms mit Schulter; Fixation schwierig.

**L. d. Schulter.** Sehr häufig; meist unschwer zu erkennen.

a) **L. humeri anterior.** *Ätiol.*: Indirekt bei Fall auf abduzierten Oberarm bzw. auf Hand (Ellbogen), oder direkt durch Stoss usw. auf Humeruskopf von hinten seitlich; auch bei heftigen Schleuder- bzw. Wurfbewegungen des Armes möglich. Humeruskopf reisst vordere, innere Kapselpartie ein u. rutscht nach vorne seitlich unter den Proc. coracoideus (L. subcoracoidea), oder mehr nach innen unter die Clavicula (L. subclavicularis). — *Sympt.*: Stets Vergleich mit normaler

Seite! Schulterwölbung verschwunden. Acromion eckig vorspringend, abnorme Vorwölbung unterhalb Proc. coracoideus bzw. Clavicula sicht- u. fühlbar, ev. durch Drehung festzustellen. Oberarm in federnder Abduction. Längsachse zieht am Acromion nach innen vorbei zum Proc. coracoideus bzw. zur Clavicula; hierdurch scheinbar winklige Knickung des Humerus etwa in Mitte (stumpfer Winkel nach aussen offen). Oberarm verlängert, bes. deutlich bei Ansicht von hinten. **Komplik.:** Am ehesten Druck bzw. Zerrung des Nervenplexus (bes. N. axillaris), selten Gefässverletzung. **Diff.-Diagnose:** Bei Fractura colli humeri Schulterwölbung erhalten, kein Federn, niemals Verlängerung, eher Verkürzung des Oberarms. Bei Fractura colli scapulae lässt sich leicht die abnorme Prominenz des Acromion mit dem herabgesunkenen Humeruskopf durch einfaches Heraufschieben meist unter Crepitation beseitigen. Bei Luxatio claviculae supraacromialis (L. scapulae) Schulterwölbung erhalten, keine Abduction des Humerus, prominenter Knochen sofort als Ende der Clavicula zu erkennen. Bei Atrophie bzw. Lähmung des Deltoideus keine Abduction des Humerus, herabgesunkener Kopf leicht durch einfaches Hinaufschieben zu heben. **Therapie:** Reposition sobald als möglich; wenn irgend möglich in Narkose. Coopers Methode: Zug am Arm des liegenden Verletzten in Längsachse des Körpers u. direkter Druck auf luxierten Kopf; oder Hyperabduction des luxierten Arms, u. dann bei gleichzeitigem Druck auf den Kopf schnelle Adductionsbevewegung. Kochers Methode: 1. Adduction des Arms bis zum Rumpf, 2. Aussenrotation des Arms am rechtwinklig gebeugten Ellbogen bis in die Frontalebene, 3. Erhebung des so gestellten Oberarms nach vorne u. 4. Innenrotation desselben. Bei gelungener Reposition deutlicher Ruck fühlbar. **Nachbehandlung:** Fixation des Arms in adduzierter Stellung (Hand desselben liegt auf der gesunden Schulter). Spätestens nach 8 Tagen Beginn von passiven u. aktiven Bewegungsübungen, wobei Vorsicht vor zu früher u. starker Abduction, Massage, Einreibung.

b) **L. humeri inferior.** **Ätiol.:** Direkt durch Druck bzw. Stoss auf Oberarmkopf von aussen. **Sympt.:** Schulterwölbung verschwunden, Kopf in Achselhöhle (L. humeri axillaris) bzw. am unteren Rande der Fossa glenoidalis (L. humeri infraglenoidalis) zu fühlen. Selten L. erecta: Oberarm fast vertikal bzw. horizontal erhoben u. fixiert. **Therapie:** Reposition durch Zug am Arm u. Druck auf Kopf von Achselhöhle aus.

c) **L. retroglenoidalis.** Sehr selten, als L. subacromialis u. infrapinata bekannt. **Ätiol.:** Direkt durch Stoss bzw. Druck auf Humeruskopf von vorne. Wölbung der Schulter

gestört, Proc. coracoideus stark vorspringend; Kopf deutlich hinten sicht- u. fühlbar. **Therapie:** Reposition durch Zug am Arm bei gleichzeitigem Druck auf Kopf u. Abduction des Oberarms.

**L. des Unterkiefers.** Ein- u. doppelseitig; fast immer nach vorne. **Ätiol.:** Zu starke Öffnung des Mundes (starkes Gähnen, unvorsichtiger Gebrauch einer Mundsperrre usw.). **Sympt.:** Mund weit offen, Unmöglichkeit ihn zu schliessen; Kauen u. Sprechen sehr erschwert; Wange abgeflacht. Normale Gelenkgrube leer, dafür Köpfchen vor Tuberculum articulare des Jochbeins zu palpieren, wo es verhakt feststeht. Bei einseitiger L. analoge Symptome; Unterkiefer nach gesunder Seite geneigt. Reposition: Beiderseits Druck mit den Fingern auf Unterreihe der Zähne nach unten, dann Schieben des Unterkiefers nach hinten; bei starrem Widerstand des M. temporalis ev. Narkose. Zur Verhütung von Rezidiven bzw. habituellen Luxationen 14 Tage Verband, der zu weite Öffnung des Mundes hindert. **Leser.**

**Lymphadenitis, allgemein.** Schwellung bzw. Entzündung der Lymphdrüsen. **Ätiol.:** Bei akuter L. stets bakterielle Infektion (bes. Staphylo-, Streptokokken) von peripherem Herde her, da Lymphdrüsen Filter für die von der Peripherie mit der Lymphe zugeführten Bakterien. Eingangspforte kann ganz geringe, ev. schon abgeheilte Hautabschürfung, kleiner Entzündungsherd usw. (Furunkel, Abscess, Panaritium, Zahn-caries, Alveolarperiostitis, Angina usw.) sein. Chronische L. bei Tuberkulose, Syphilis, Carcinom, Pseudoleukämie, Lymphosarkom usw. **Sympt.:** Nach oder bei Lymphangitis\* fühl- u. sichtbare Schwellung der Lymphdrüsen; am Arm nach Entzündungsherden der Hände, Cubital- u. Axillardrüsen; am Bein, nach Entzündungen am Fuss, die schwer zu tastenden Kniekehlen- u. Inguinaldrüsen; nach Entzündungsprozessen am Kopf, die Halsdrüsen. Manchmal Fieber, Frost, Druckschmerz. Nach Ablauf der akuten peripheren Entzündung verschwindet die L. meist von selbst völlig. **Komplik.:** Bei lange dauernden chronischen Entzündungsreizen bleibt chronische L. zurück, stets auf Tbc. oder Lues verdächtig. Ferner langdauernde Ödeme, Elephantiasis\*. **Diff.-Diagnose:** Bei akuten schmerzhaften Drüsenschwellungen stets nach peripherem Entzündungsherd (auch abgelaufenen) forschen. Schmerzlose Schwellungen erfordern genaue Anamnese u. Untersuchung auf Lues oder Tuberkulose. Bei sonst negativem Befund Blutuntersuchung! (Cf. Leukämie). **Therapie:** Fällt mit der Lymphangitis\* zusammen, vorwiegend antiphlogistisch. Umschläge mit  $\frac{1}{2}$ —2% essigs. Tonerde, 1—2% Borwasser, Bleiwasser, Eis, Einreiben mit grauer Salbe oder Credésalbe. Nur bei Eiterung, wobei Drüsen stark schwellen, sehr schmerzhaft sind, die Haut sich

rötet u. verdünnt, muss incidiert u. Eiter entleert oder ganze Drüse exstirpiert werden. Cf. folgende Artikel. Kaposi.

**Lymphadenitis colli:** *Ätiol.:* Akute Schwellung der Halslymphdrüsen weist auf Entzündungsprozesse im Bereich des Gesichtes, Kopfes oder Mund-, Nasen-, Rachenhöhle. Sehr oft kranke Zähne. Für vordere Seite charakteristisch Anschwellungen der Submental- u. Submaxillar-, für Ohrgegend der Kieferwinkel-, für Hinterhaupt der Nackendrüsen. Chronische L. c. entweder tuberkulös-scrofulös (S. 338) oder maligne Lymphome bzw. Lymphosarkome (S. 339) oder Metastasen maligner Prozesse (Carcinom, Sarkom) in Mund- u. Rachenhöhle (bes. Carcinome des Larynx, der Fossae pyriformes, der Tonsillen, des Zungengrundes usw.). Primärherde können klein, Metastasen gross sein, daher genaue Kehlkopf- u. Nasenrachenraumuntersuchung! *Sympt.:* Bei akuter L. schmerzhaft Schwellung; Haut nur bei Vereiterungen gerötet. Bei chronischer L. Drüsen hart, meist beweglich, schmerzlos. *Therapie:* Entzündungsursache beseitigen, also kranke Zähne, Nasenrachengeschwüre behandeln, Abscesse, Furunkel spalten usw., Lokalumschläge (s. o.). Kaposi.

**Lymphadenitis inguinalis.** Entzündliche Schwellung der Leistendrüsen unter dem Poupartschen Band, auch Bubo genannt. *Ätiol.:* Entzündungstoffe vom Fuss und Bein her (auch schon unbedeutende Rhagade zw. Zehen, Hühnerauge usw.) oder vom Genitale aus (meist Ulcus molle bzw. durum, Gonorrhoe, aber auch leichte Erosion oder Balanitis). *Sympt.:* Drüsen am äusseren Schenkelring werden schmerzhaft, schwellen bis zu Eigrösse an. In diesem Stadium noch Rückbildung möglich. Kommt es aber zu eitriger Einschmelzung, wird oft unter hohem Fieber Schmerzhaftigkeit immer grösser, Haut rötet sich in weiter Umgebung; Erweichung u. Fluktuation, ev. spontane Perforation. Bei Ulcus durum kleinere schmerzlose („indolente“) Bubonen. *Therapie:* Vor allem Behandlung der peripheren Entzündungsquelle, währenddessen auf die Drüsen Umschläge mit Bleiwasser, essigsaurer Tonerde, Eis, strenge Bettruhe, Hochlagerung des Beins. Auch heisse Umschläge u. graue Salbe. So kann die L. verschwinden. Genitalaffektion kann excidiert, mit Lapis geätzt, mit Jodoform behandelt werden (cf. Ulcus durum u. molle). Ist bereits Peradenitis u. eitrige Einschmelzung vorhanden, dann am besten Incision u. Exstirpation der kranken Drüse bzw. Auslöfflung der erweichten Massen (Antiseptik!). Bei Totalexstirpation Gefahr der Elephantiasis! Auch Punktionsmethode empfohlen: Durch Punktion oder Stichincision wird Eiter entleert, dann mit Carbolwasser (5 %) ausgespült, schliesslich 1—10 ccm

Jodoformglycerin (10%) oder Arg. nitricum (1%) injiziert; Inhalt bei jedem Verbandwechsel ausgedrückt. Dazwischen feuchte Verbände. Oft Saugbehandlung sehr wirksam. Bei syphilitischen Bubonen Allgemeinbehandlung. Bei schankrösen Bubonen Umschläge mit Chlorwasser oder Kampferwein.

**Komplik.:** Langwierige Fisteln nach einfachen Punktionen oder spontanem Durchbruch, die erst heilen, wenn alle Drüsenreste exstirpiert oder ausgeeiert sind. Tiefe Drüseneiterungen unter Schenkelfascie, Poupart'schem Band, Rosenmüller'scher Drüse, Senkungsabscesse (wegen Nähe der grossen Gefässe schwer zu behandeln). Sicherste Prophylaxe hiergegen frühzeitige Exstirpation der Drüsen.

Kaposi.

**Lymphadenitis scrofulosa et tuberculosa.** Drüenschwellung, bes. an Hals, oft Symptom bei Scrofulose u. exsudativer Diathese\* zusammen mit Nasenrachenkatarrh oder Ekzemen. Mit Tbc. haben diese Fälle nichts zu tun. Viel häufiger die durch Tuberkelbacillen hervorgerufene L. tbc.; in mehr als  $\frac{3}{4}$  aller Fälle am Hals, aber auch sonst überall in der Nähe tbc. Entzündungsherde, z. B. in Cubitaldrüsen, in Drüsen der Achselhöhle, Inguinalgegend, Bronchial- u. Mesenterialdrüsen. Eingangspforte oft unauffindbar. **Sympt.:** Anfangs einzelne derbe, harte schmerzlose Drüsen, dann Erkrankungen ganzer Gruppen, z. B. am Hals submaxillar, submental, vor bzw. hinter dem Kopfnicker. Allmählich Erweichung, Abscess- u. Fistelbildung, Entleerung dünnen serösen Eiters u. käsiger Bröckel. Nach völliger Verkäsung u. Entleerung des Eiters kann spontan Ausheilung eintreten mit den bekannten tief eingezogenen unregelmässigen rötlichen Narben am Hals. **Therapie:** Wenn Eingangspforte eruierbar, also Nasenrachen-adenoide, Tonsillen, kranke Zähne usw., diese behandeln. Sonst konservative oder operative Therapie. Lokale Salben, namentlich Jodpräparate. (Ungt. Kalii jodati, 5—10%-ige Jodvasogensalbe.) Am wichtigsten aber Allgemeinbehandlung. Besserung hygienischer u. Ernährungsverhältnisse; wenn durchführbar, Salz-, Seebäder, Luft, Sonne, innerlich Lebertran, Eisen (Rp. 167 ff.), Nährpräparate, appetitanregende Mittel. Schmierseifenbehandlung. Kommt es zur Erweichung der Drüse, Entleerung des Eiters durch Punktion, Einspritzung von Jodoform, Carbol, Jodtinktur usw. Zur Operation relativ guter Allgemeinzustand erforderlich, sonst konservative Therapie besser. Radikale Operation entfernt alle Drüsen, Schwarten, Fisteln, wenn nötig unter breiter Freilegung des ganzen Drüsengebietes u. Durchtrennung störender Muskel (z. B. Kopfnicker). Resultate oft ausgezeichnet. Wenn Rezidiv, sofort wieder Operation. Schonender, aber auch nicht sicher, weil oft lange Fisteln zurückbleiben, nur Incision der Abscesse u. Auskratzung der

erweichten käsigen Massen. Bei Rezidiven neuerlich dasselbe. **Komplik.:** Lungen- u. Allgemeintuberkulose, Miliartuberkulose durch Einbruch in V. jugularis, glücklicherweise selten.

Kaposi.

**Lymphangitis.** *Ätiol.:* Entzündung der Lymphgefäße durch Infektion mit Entzündungserregern, die in periphere verletzte Körperabschnitte (bes. obere Extremitäten) eingedrungen sind. *Sympt.:* Streifen- bzw. netzförmige Rötung bis zur nächsten Lymphdrüsenstation, also Cubital- u. Axillardrüsen, bzw. Popliteal- (schwer zu tasten) u. Inguinaldrüsen. Meist verbunden mit Lymphadenitis\*. **Komplik.:** Vereiterung der Drüsen, fortschreitende Phlegmone, Pyämie. **Therapie:** Hauptsache Behandlung der peripheren Eingangspforte; mit deren Abheilung geht L. spontan zurück. Sonst Ruhe, Hochlagerung, feuchte Verbände, Einreiben (aber nicht massieren!) mit Silber- salbe (Credé) oder grauer Salbe.

Kaposi.

**Lymphoma malignum.** *Ätiol.:* Unbekannt. *Sympt.:* Beginn mit Neubildung u. Hyperplasie einer bestimmten Drüsen- gruppe, meist zuerst am Hals; dann auch andere befallend (Supra-, Infraclavicular-, Axillar-, Inguinaldrüsen). Oft enorme Pakete, die aber die Haut normal lassen u. stets verschieblich bleiben, weil Drüsenkapsel niemals durchbrochen wird (Gegen- satz Lymphosarkom\*). Weiterhin schwellen auch lymphatische Apparate des Verdauungstractus, Knochenmark, Mesenterial- u. Bronchialdrüsen an. Manchmal Milztumor, leukämische Tumoren in Leber, Niere, Lunge. Unter Fieber, hochgradiger Anämie, manchmal Atembeschwerden, Blutungen aus Nase, Hautblutungen erfolgt Exitus. Blutbefund während der ganzen Dauer normal; daher Krankheit zum Unterschied von echter Leukämie\* auch Pseudoleukämie oder Hodgkinsche Krank- heit genannt. **Diff. - Diagnose:** Blutuntersuchung! Lym- phosarkom\* zeigt für bösartige Tumoren charakteristisches schrankenloses Wachstum, tuberkulöse Drüsen erweichen u. verkäsen (malignes L. niemals). **Prognose:** In ausgesprochenen Fällen infaust. **Therapie:** Von operativem Eingriff abzuraten. Zu versuchen stets Arseniktherapie (Rp. 21 ff.). Unter Röntgen- bestrahlungen hie u. da partielle Rückbildungen, keine sichere Heilungen beobachtet. — Cf. Pseudoleukämie.

Kaposi.

**Lymphosarkome.** Maligne Geschwülste aus Zellen mit Lymphocytencharakter bestehend; beginnen wie maligne Lymph- ome\* in einer Lymphdrüsen- gruppe, durchbrechen aber die Kapsel, verlöten mit umgebenden Geweben, zerstören sie. Wachsen wie Carcinome infiltrierend (dies der wesentliche Unter- schied vom vorigen) auf dem Lymphwege, brechen auf und führen zu Blutungen u. Verjauchungen. Vom Ausgangsort all-

mählich äussere u. innere Drüsen, Knochenmark, lymphatische Apparate innerer Organe nach Art echter Metastasen befallen; dann rascher Exitus, oft unter schwersten Erstickungs- u. Herzbeschwerden, sowie Schmerzen bei Druck auf Nerven. Blutbefund kann normal bleiben; aber auch vermehrte Lymphocytose beobachtet. Überhaupt manchmal keine scharfen Grenzen zwischen Leukämie, Pseudoleukämie, Lymphosarkom. Auch Beziehungen zwischen leukämischen Tumoren u. Tuberkulose. **Therapie:** Nur ganz im Beginn möglich durch radikalste Operation, aber auch da rasch Rezidiv zu befürchten. Sonst Versuch mit Arsen (Rp. 21 ff.) u. symptomatisch. Kaposi.

**Magenatonie.** Meist Symptom nervöser Dyspepsie\*. Magen nüchtern stets leer. Dagegen Austreibung einer Probemahlzeit nach 7 Stunden nicht beendet. Leichte Erweiterung im gefüllten, gewöhnlich normale Grösse im leeren Zustand. Cf. Mageninsuffizienz. **Prognose:** Günstig. **Therapie:** Leichte Mastkur mit anfänglicher Flüssigkeitsbeschränkung; häufige kleine Mahlzeiten. Allgemeine Behandlung (Hydrotherapie, Massage); ev. Elektrizität. Strychninpräparate: Rp. Tinct. Nuc. vom. 10,0, Tinct. Gent. 20,0. S. 3× tgl. 25 Tr. vor dem Essen. Beuttenmüller.

**Magencarcinom.** **Ätiol.:** Unbekannt; manchmal Traumen. Häufig auf Grundlage eines alten Ulcus oder einer Ulcusnarbe. Alter jenseits 35 Jahre bevorzugt. **Sympt.:** a) Allgemeine: Schleichend, meist aus voller Gesundheit heraus, Beschwerden chronischer Gastritis\*: Appetitlosigkeit, Druck u. Völlegefühl nach dem Essen, Aufstossen, Mattigkeit. Dazu Abmagerung, Blässe (manchmal schwere Anämie), meist Widerwillen gegen Fleisch. Stuhlgang angehalten, seltener Diarrhöen. Manchmal Schmerzen in der Magengegend oder im Rücken; öfters auch vollkommen fehlend; selten typische Kardialgien (nur bei Ulcuscarcinom am Pylorus). Blutbrechen (kaffeefatzartige Massen) nicht sehr häufig; meist dagegen geringe Blutmengen im Kot u. minimale Blutgerinsel im Ausgehberten. b) Spezielle Sympt.: Bei Pylorus-Ca. frühzeitig Erbrechen gestauter Massen. Bei Cardia-Ca. oft Sternalschmerz bei Nahrungsaufnahme; bald Behinderung des Schluckens, Regurgitation. In beiden Fällen rascher Verlauf. Uncharakteristisch dagegen anfangs (nur allgemeine Symptome!) Ca. der kleinen Curvatur. Magenuntersuchung: Bei Kardiocarcinom Widerstand gegen Sonde bei ca. 40 cm Abstand von der Zahnreihe. Bei Ca. an der kleinen Curvatur nüchtern meist kein Inhalt, Probefrühstück (wie bei Gastritis\*) schlecht chymifiziert, freie HCl gering oder fehlend, Schleim; Milchsäure nur bei nüchterner Stauung. Bei Pyloruscarcinom nüchtern Rück-

stand, häufig von widerlich saurem Geruch. Freie HCl fehlend, Milchsäure (Eisenchloridprobe!) vorhanden, mikroskopisch lange Bacillen; nach Probefrühstück HCl fehlend, oder stark vermindert; Milchsäure nachweisbar. Bei Ulcus-Ca. im nüchternen Inhalt freie HCl vorhanden, manchmal sogar gesteigert (auch Supersekretion). Mikroskopisch Hefe u. Sarcine. Im Probefrühstück derselbe Befund; meist HCl-Wert etwas niedriger (Gluzinski). Blutbeimengungen (s. o.) u. Hämatemesis\*; Salomonische Probe! Hämolytische Substanzen! Tryptophanreaktion! Lokal anfangs meist kein Tumor zu fühlen (Cardia-Ca. bei normaler Lage des Magens überhaupt nicht palpabel). Später Resistenz oder harter Tumor, meist in Pylorusgegend fühlbar, dann sichtbar (expiratorische Fixierbarkeit); häufig frühzeitig reflektorische Rectusspannung rechts oben. Bei Pylorusstenose\* sichtbare spontane resp. auslösbare Magencontractionen; Gastrektasie. Oft Drüsenmetastasen in Leistenbeuge u. Halsgegend. Im Verlauf (auch als einziges Symptom) häufig schwere Anämie mit Blutbild einer Anaemia perniciosa\*, Knöcheloedeme; selten Fieber. Ausgang in manchen Fällen in Koma\* oder Tetanie\*; selten Perforationsperitonitis\*. Tod meist durch zunehmende Kachexie. **Diff.-Diagnose:** Cf. Ulcus ventriculi\*, Achylia gastrica\*, Gastritis chronica\*, nervöse Dyspepsie (S. 123), Unterleibsgeschwülste\*. **Prognose:** Meist schlecht; bei Frühdiagnose u. Resektion Heilung möglich. **Therapie:** Im Frühstadium (kein oder kleiner verschieblicher Tumor, geringe Kachexie) unbedingt Operation. Nur bei inoperablem Ca. interne Behandlung: Gastritis\*-Diät; bei Stauung konzentrierte Diät u. Spülungen (cf. Magenerweiterung, Pylorusstenose). Vgl. ferner Art. Achylie, Anorexie, Haematemesis, Erbrechen, Gastralgie. Bei Ca. beliebt, jedoch nicht spezifisch wirksam ist Condurango (Rp. 162). Behandlung der Obstipation\* oder Diarrhöen\* nötig. Bei Kardiocarcinom flüssig-breiege Kost, später Sondierung ev. Gastrostomie. Bei zunehmender Pylorusstenose Gastroenterostomie als Palliativ-Operation. Danach oft für einige Zeit (1/2—1 Jahr) noch gutes Allgemeinbefinden. Beuttenmüller.

**Chirurg. Therapie:** Ist nach Laparotomie der Tumor beweglich, nicht allzu ausgebreitet, u. sind nicht viele Lymphdrüsen erkrankt, dann Exstirpation der kranken Magenpartie (man kann bis zu  $\frac{3}{4}$  des Magens ohne Störung wegnehmen), Sonst u. bei von vornherein inoperablem M. Gastroduodenostomie bzw. -enterostomie. Zweckmässig ist es, Magen- u. Duodenum-Wunde für sich zu schliessen u. jedesmal eine Gastroenterostomie anzuschliessen. Exstirpation des ganzen Magens nur ausnahmsweise erfolgreich, weil Verbindung mit Kardia zu schwierig.



Deshalb bei Kardial-Carcinom möglichst frühzeitig Gastrotomie behufs guter Ernährung. Leser.

**Magerweiterung.** *Ätiol.:* Tritt auf, wenn der Magen infolge von Pylorusstenose\* seinen Inhalt nicht mehr völlig auszutreiben vermag. Durch Schlaffheit der Muskulatur (Magenatonie\*) allein kommt nur eine leichte Dehnung des Magens (meist auch nur nach Nahrungsaufnahme) bei Nervösen u. Anämischen zustande. Cf. Mageninsuffizienz. *Sympt.* der M.: Koplöses Erbrechen, das morgens nüchtern erfolgt u. oft Speisen von länger, zurückliegenden Mahlzeiten zutage fördert. Danach Wohlbefinden u. Appetit. Sonst Appetit wechselnd, manchmal fehlend, zu anderen Zeiten auch Heisshunger. Häufig krampfartiger Schmerz, der nach Erbrechen verschwindet. Völlegefühl u. Magendruck. Saures u. übelriechendes Aufstossen. Grosser Durst; Stuhlgang verstopft. Schwächegefühl, Schwäche. — Objektiv: Häufig Abmagerung, welches Aussehen. Urinmenge stark vermindert. Tiefstand der grossen Curvatur bei normalem Stand der kleinen. Magenkonturen oft sichtbar. Häufig peristaltische Wellen zu sehen oder durch Beklopfen auszulösen. Plätschergeräusche abnorm lange nach Flüssigkeitsaufnahme (über 2 Stunden nach Probefrühstück). Nüchtern nach Probeabendessen (Beigabe von Rosinen!), mehr oder weniger reichlich Nahrungsreste; häufig grosse Mengen von früheren Mahlzeiten (Magensaft ohne Speisereste s. Magensaftfluss). Im Mageninhalt bei benigner Stenose und Ulcus carcinomatosum freie Salzsäure, meist Superacidität u. Supersekretion, Hefegärung (mikroskopisch reichlich Hefe, Sarcine). Bei maligner Stenose Milchsäure, Oppler-Boassche Stäbchen. *Komplik.:* Tetanie\*. *Diff.-Diagnose:* Bei nachgewiesener M. ist Ursache zu ermitteln. Ulcus in der früheren Anamnese (Magenblutungen, Schmerzen spricht für Narbenstenose; bei verminderter Salzsäure jedoch für Carcinom. Bei heftigen Schmerzanfällen an Pylorospasmus mit oder ohne Ulcus (okkulte Blutungen) zu denken. Fehlen der Salzsäure, Auftreten von Milchsäure resp. von Bacillen weist auf Carcinom. *Prognose:* Bei organischer Stenose schlechter als bei spastischer. Je grösser Urinmengen, desto geringer Stauung, desto besser Prognose. *Therapie:* Diät flüssig-breiig, sehr konzentriert. Viel Fett (Rahm, Butter, Olivenöl), Eier, geschabtes Fleisch, Gemüse in Püreeform, Flüssigkeitsbeschränkung per os (als Getränke Milch, etwas Wein); ev. Einläufe. Tägliche Magenspülungen nüchtern bis zur völligen Reinheit. Bei Pylorospasmus Öleingiessungen; bei Ulcus\* Wismut. Bei Superacidität\* u. Supersekretion Alkalien nach dem Essen (Rp. 160 usw.), auch Belladonna (Rp. 144). Versagt interne Therapie, chirurgischer Eingriff!

**Akute M.** In seltenen Fällen entsteht im Anschluss an starke Überladungen schwere Insuffizienz und Dilatation des Magens. Manchmal, wohl durch Abklemmung, Ileussympptome; sogar tödlicher Ausgang beobachtet. **Therapie:** Magenspülung, ev. Brechmittel; Analeptica., Beuttenmüller.

**Mageninsuffizienz. Ätiol.:** Vermehrte mechanische Arbeit (Pylorusstenose\*) oder verminderter Muskeltonus (Magenatonie\*). **Sympt.:** 1. Grad der motorischen Insuffizienz: Der Magen ist nüchtern nach Probeabendessen leer, vermag aber eine Probemahlzeit in 7 Std. noch nicht völlig auszutreiben (Atonie). 2. Grad: Der Magen enthält nach Probeabendessen Speisereste. 3. Grad: Speisen von weiter zurückliegenden Mahlzeiten sind im Magen angestaut. Bei M. 2. u. 3. Grades abnorme Gärungsvorgänge im gestauten Mageninhalt (cf. Magen-erweiterung). Bei M. 3. Grades auch Wasserverarmung des Organismus, Verminderung der Urinsekretion. Insofern ist also Urinmenge ein Masstab der M. **Therapie:** Behandlung der Pylorusstenose\* bzw. Magenatonie\*. Beuttenmüller.

**Magenneurosen.** Sensibilitäts-, Motilitäts- u. Sekretionsstörungen ohne anatomische Veränderungen. Cf. Artikel Achylia gastrica, Anorexie, Dyspepsia nervosa, Erbrechen, Eructatio, Gastralgie, Magensaffluss, Oesophagismus, Pylorusstenose, Pyrosis, Superacidität.

**Akorie,** mangelndes Sättigungsgefühl. Meist bei nervösen Frauen im Klimakterium.

**Bulimie,** nervöser Heißhunger. Wird dieser nicht befriedigt, Kopfschmerzen, Schwächegefühl u. Ohnmachten. **Diff.-Diagnose:** Diabetische Polyphagie! **Therapie:** Häufig Kleinigkeiten geniessen lassen.

**Hypermotilität des Magens.** Abnorm rasche Entleerung des Magens nach Probefrühstück. Manchmal zugleich mit Superacidität, häufiger bei Achylie.

**Insuffizienz des Pylorus.** Unmöglichkeit den Magen aufzublähen, da die Luft sofort durch den Pylorus entweicht. Auch als Zeichen von Carcinom aufgefasst.

**Parorexie.** Bedürfnis nach unverdaulichen Dingen (Kalk, Erde). Bei Chlorose, in der Gravidität.

**Peristaltische Unruhe.** Abnorm starke, sichtbare Magenperistaltik ohne Pylorusstenose resp. -Spasmus. Manchmal durch ihre Intensität den Schlaf störend. **Therapie:** Antinervös; Galvanisation; Brom. Beuttenmüller.

**Magenperforation. Ätiol.:** Häufigste Ursache wohl Geschwürsbildung der Magenwand, sowohl Ulcus rotundum, wie geschwüriger Zerfall eines Wandtumors. Ferner Bauchverletzungen\*. Auch nach anscheinend geringfügigen Anstren-

gungen, z. B. Überbiegen des Körpers, wenn Adhäsionen vorhanden. *Sympt.* u. *Therapie*: Cf. Bauchverletzungen, Darmperforation. Leser.

**Magensaftfluss.** Absonderung von Magensaft auch ohne alimentären Reiz. Periodisch — anfallsweise (intermittierender M.); häufiger chronisch. *Ätiol.*: Chronische mechanische (schlechtes Kauen) u. chemische (Tabak, Schnaps, Gewürze) Reize. Ulcus, Erosionen, Narben am Pylorus; vielleicht auch, speziell bei der periodischen Form, rein nervöse Einflüsse. *Sympt.*: Anfangs Magendruck, Völlegefühl, saures Aufstossen, Sodbrennen. Später brennende, auch krampfartige Schmerzen einige Stunden nach der Nahrungsaufnahme u. um Mitternacht; sofortige Linderung durch Speisenzufuhr, Alkalien. Häufig dabei Erbrechen von saurem, meist speisefreiem Inhalt. Appetit verschieden; oft Heisshunger. Freie Zeiten wechseln mit solchen der stärksten Beschwerden. Allmählich Abmagerung, Kachexie: trockne Haut; verminderte Urinmenge; heftigster Durst. Magenuntersuchung: Nüchtern Magensaft von 30—40 ccm bis zu grossen Mengen; keine Speisereste. Später allmählich Ekstasie; dann auch Speisereste zu finden. Nach Probefrühstück vermehrte Flüssigkeitsmenge = Supersekretion (cf. Superacidität). Magensaft nüchtern u. nach Probefrühstück meist mehr oder minder superacid. *Diff.-Diagnose*: Magenerweiterung\* u. einfache Stauung bei benigner Stenose ausschliessen; hier Magen nüchtern nach abendlicher Reinspülung leer. Bei akuten Anfällen: tabische Krisen, Migräne. *Prognose*: Nach Eintritt motorischer Insuffizienz ungünstiger als im Beginn; stets jedoch häufige Rezidive. *Therapie*: Beseitigung von Schädlichkeiten. Anfangs ev. Rectalernährung (Rp. 211), reizlose Kost (cf. Ulcus ventriculi). Verbot von Alkohol u. Nicotin. Reichlich Eiweiss u. bes. Fett (Öl- oder Mandelmilchdarreichung, Sahne). Versuch mit Milchdiät. Kohlehydrate: Nur Weissbrot (gut gekaut!), Zucker. Magenspülung morgens nüchtern u. im Anfall. Karlsbader Kur. Antacida (cf. Superacidität). Atropin (Pillen à 0,5 mg 2 × tgl.) oder Belladonna (Rp. 144). Bei Ekstasie u. Pylorusstenose Gastroenterostomie.

Beuttenmüller.

**Makroglossie.** (Oft enorme) Vergrösserung der Zunge. *Ätiol.*: Erweiterung u. Vermehrung ihrer Lymphgefässe. Beginn gleich nach der Geburt; im Laufe der Jahre langsam wachsend. *Sympt.*: Die Zunge nimmt die ganze wegen Luftmangel offenstehende Mundhöhle ein oder tritt sogar weit aus ihr vor. Durch Austrocknung ev. sekundär Geschwüre u. Blutungen. Starker Speichelfluss führt zu Ekzemen der Kinn- u. Halshaut. Durch Gewicht der Zunge werden Zähne, selbst

Unterkiefer nach vorn abgebogen. Ebenso kann die Schwere der Zunge, Gaumenbögen mit Tonsille u. Kehlkopf weit nach vorn ziehen. **Komplik.:** Schwere Ulcerationen, Atem- u. Ernährungsstörungen. **Therapie:** Nur operativ. Durch mehrfache Teilresektionen in verschiedenen Richtungen sind grosse Stücke aus der Zunge zu entfernen u. durch Naht möglichst gute Form zu erzielen. Auch Totalamputation der Zunge. Prognose schwerer Fälle sehr schlecht.

Kaposi.

**Malaria. Ätiol. u. Pathogenese:** Plasmodium Malariae, in den Erythrocyten, wo als Jugendform eingedrungen, heranwachsend; kleine u. grosse (Siegel-) Ringform, Halbmond-, Scheiben-, Band-, unregelmässige Form; besteht aus Kern u. Protoplasma (Vacuolen, braunes bis schwärzliches Pigment [von zerstörtem Hb her] führend, zeigt amöboide Bewegungen). Wenn erwachsen, Kern- u. Protoplasmateilung (Schizont); mit Erythrocytenzerfall Freiwerden der jungen Parasiten (Merozoiten), die wiederum in Erythrocyten eindringen usw. Diese ungeschlechtliche Fortpflanzung ist lange, bis Jahre hindurch, möglich. Die geschlechtliche ist wichtig für den Infektionsmodus: Aus jungen Parasiten werden männliche (Mikrogameten mit Geisselfäden = Sporozoiden) und weibliche (Makrogameten) Fortpflanzungszellen, die mit dem Blute in den Magen blutsaugender Insekten (Anophelesarten, fast nur Weibchen blutsaugend) kommen, sich dort befruchten, als Ookineten (kleine Würmchen) die Schleimhaut durchdringen, und sich dann encystieren = Sporocysten. In diesen bildet sich eine Unmenge von Sichelkeimen, die mit dem Platzen der Cyste frei werden, sich im Moskitokörper verbreiten (Lymphweg) u. da lange, bis Monate verbleiben, bes. in den Speicheldrüsen, von wo sie mit dem Stiche wieder in das Blut des Menschen gelangen u. zu jungen Parasiten werden. Wenn hier durch ungeschlechtliche Vermehrung (Inkubation, 6—21 Tagen) so vermehrt, dass grössere Mengen frei werdend: plötzlich unter Frost Fieberanfall (bis 40° C und mehr). Auch endogene Vermehrung, indem die Makrogameten sich zu Schizonten zurückbilden (Rezidive nach langen Pausen). Im Frost u. Fieberanstieg demnach Teilungsformen, auf Fieberhöhe junge Parasiten, später halb- bis ganz erwachsene, bzw. der Teilung nahe, im Blutpräparat. — Das Tertianfieber (Anfälle jeden 3. Tag, Entwicklung also in 2 × 24 Std.) ist durch den Tertianparasiten (Plasmodium vivax = lebhaft amöboid) bedingt, der das Blutkörperchen (nachdem erwachsen) ausfüllt u. 12—24 Teilstücke („Maulbeerform“ des Schizonten) bildet. Das Quartanfieber (jeden 4. Tag; Entwicklung 3 × 24 Std.) wird durch den Quartanparasiten (erwachsen mehr Bandform, nicht deutlich amöboid, 8—12 Teilstücke [„Gänseblümchenform“]) ausgelöst. Tertian

duplicata (= zwei Generationszyklen) erzeugt die Febris quotidiana, ebenso Tertiania + Quartana; bei Quartana duplex: nach 2 Anfallstagen 1 Tag frei. — Der Parasit des Tropenfiebers (Febris perniciosa) hat eigentlich den Tertiantypus ( $2 \times 24$  stdg. Entwicklung). Fieber oft sehr gering (ev. nur Frösteln), jedoch auch sehr hoch, ev. bis 48 Std. anhaltend, Anfälle auch in einander übergehend (meist mit Remission nach 2 Tagen). Er bildet die feinsten Siegelringe (bis ca.  $\frac{1}{3}$  Erythrocytengrösse), führt wenig Pigment, Teilungsformen (kleinste Maulbeerformen) selten im Blute. Charakteristisch: grosse Gameten-Halbmonde mit reichlich Pigment. — Nachweis: Blutausstrich, 20 Min. Fixation in absol. Alkohol, 10 Min. Färben in wässriger Giemsalösung (1 Tr. Stammlösung zu 1 ccm Wasser), gut abspülen, trocknen, Kanadabalsam, Immersion. Bei wenig Parasiten dicker Ausstrich, trocknen, fixieren in 2 %igem Formaldehyd mit  $\frac{3}{4}$  % igem Essigsäurezusatz (dadurch Hb entfernt), dann färben. **Sympt.:** Fieberanfall erfolgt immer zur gleichen Zeit, auch etwas früher oder später (ante = bzw. postponierend), unter Schüttelfrost (1—2 Std.); nach einigen Stunden Fieberabfall (Schweiss), in ca. 10 Std. wieder normale Temp., später ev. subnormal. Milztumor, mit Zahl der Anfälle wachsend, nach Heilung ev. noch länger bestehend. Oft Herpes. Rudimentäre Anfälle. Rezidive (auch nach längerer Zeit), wenn ungenügende Behandlung. Bei Febris perniciosa möglich: Tod im Kollaps, Koma, Delirien, schwere Durchfälle u. Erbrechen, Krampfanfälle, Gelbsucht. Beim Schwarzwasserfieber (bes. in Afrika) zugleich Hämoglobinurie mit Ikterus (Erythrocytenzerfall), schwerem Erbrechen; falls schwer u. länger, ungünstige Prognose. Bei Disposition dazu (wichtig) erzeugen auch Chinin, Antipyretica, Methylenblau Schwarzwasserfieber (daran auch erkenntlich). Europäer erkranken bei längerem Tropenaufenthalt bes. oft an schweren Formen und sind zu Rezidiven u. Neuinfektionen disponiert (hohe Mortalität) = chronische Malaria: anhaltendes, unregelmässiges Fieber meist ohne Typus, Ikterus, Leber- u. bes. grosser Milztumor, starke Anämie (gelblich-bräunlich [Pigment]), schwerere nervöse u. Magendarmstörungen, Herzschwäche. Malariakachexie (Steigerung) meist tödlich; leichtere Fälle genesen zuweilen, wenn Rückkehr nach Europa möglich. Immer Parasiten im Blute zu finden (oft schwer). Larvierte Malaria: Meist Neuralgien, ohne Fieber, aber typisch periodisch auftretend; ev. Milztumor. Auf Chinin verschwindend. — Neger weniger für Malaria empfänglich (ev. erworbene Immunität). Bes. gefährlich für Kinder u. alte Leute. **Diff.-Diagnose:** Sepsis\*, Miliartuberkulose\* durch Verlauf, Blutbefund, Therapie rasch unterscheidbar. Neigung in Malariagegend, ziemlich alles

durch Malaria zu erklären. Leukämie\*, Pseudoleukämie\*, Milztumor bei Trypanosomiasis, bei Infektion mit Leishman-Donovanschen Körperchen ausschliessen. Cf. auch Milztumor.

**Prophylaxe:** Allgemeine: a) Ausrottung der Anophelinen durch Beseitigung der Brutplätze (Tümpel, Gräben, Sümpfe usw.), agrarische Bodenassanierung, Kanalisierung usw. b) Zerstörung der Brut (Übergiessen mit Petroleum usw.). c) Vernichtung der erwachsenen (Haus-)Tiere: Ausräuchern (Schwefel) der dunklen Kammern, Keller usw., wo Weibchen überwintern. Bei grosser Ausdehnung in den Tropen allgemeine Pr. nicht durchführbar, daher persönliche nötig: a) Mechanischer Schutz gegen Stiche durch Schleier, Handschuhe, gute, hohe Fussbekleidung, bes. abends u. nachts (Fliegezeit); unter Mokitonetz schlafen; moskitosichere Hausanlage, auch entfernt von den Wohnungen der vielfach infizierten Eingeborenen (Gameten im Blute). Schiffe möglichst weit vom Land. b) Chininprophylaxe: Je nach Fieberschwere der Gegend jeden 2., 4. oder 8. Tag 0,5—1,0 Chinin, am besten abends (wegen Chininrausches). So völlig coupiert oder abgeschwächt. In Malariahäfen sogleich 3 Tage je 1,0 abends. **Therapie:** 1,0 Chinin 3—4 Std. vor Anfall; wenn schwer: 0,5 Chinin 6, 5, 4, 3 Std. vor Anfall; 15 Tr. Acid. hydrochl. dil. in Wasser nachher, damit bessere Lösung. An den nächsten Fiebertagen dieselben Dosen wiederholen, an den fieberfreien 0,5 (wenn schwer 1,0), von 2. Woche ab zweitgl. abends und so ca. 4 Wochen. Oder 1,0 Chinin in 5 Dosen (0,2) über den Tag (zwischen Mahlzeiten) verteilt, 8 Tage lang, dann nach 4, 5, 6, 7 usw. Tagen Pause je 3 Chinintage zu  $5 \times 0,2$ ; 6—8 Wochen. Kinder 0,1 pro Tag u. Jahr. Neuerdings Salvarsan versucht. Chinin (1,0:10,0 Aq. dest.) subcutan oder intramuskulär, wenn Erbrechen, Kollaps. Dasselbe auch intravenös bei schwerster Perniciosa. Bei Schwarzwasserfieber Chinin aussetzen; wenn Fieberanfall dabei, Methylenblau medic. 0,1 8—10  $\times$  tgl. (in Kapseln) mehrere Tage versuchen. Tilgung der Disposition durch allmähliche Gewöhnung an grössere Chinindosen: unter Schwarzwasserfieberdosen anfangen (0,1 liegt meist darunter) und jeden 2. Tag etwas steigen bis 1,0 erreicht. Sonst symptomatisch. Bei chron. Malaria und M.-Kachexie vor allem in gesunde Gegenden zurück. Im übrigen cf. Anämietherapie (Eisen, Arsen). Arneth.

**Mal perforant du pied. Ätiol.:** Erkrankungen peripherer u. centraler Nerven, die Ernährungsstörungen veranlassen, wie Spina bifida, Syringomyelie usw.; dann bes. alkoholische Neuritis u. Tabes. **Sympt.:** Schmerzlos, unaufhaltsam fortschreitendes, trichterförmiges Geschwür der Fusssohle, namentlich der gedrückten Stellen, wie Ferse, Köpfe der Metatarsen. Geschwürsgrund zunächst schwärzlich, dann erfüllt mit

nekrotischem Gewebe; Gelenke werden eröffnet, Knochen nekrotisch. — **Prognose:** Ungünstig quoad Heilung. **Therapie:** Energetische Kauterisation mit Abtragung der Ränder; wenn ohne Erfolg, Resektion der kranken Partie oder ev. Amputation.

Leser.

### Mammageschwülste.

**Gutartige.** Am häufigsten Fibrome, Adenome, seltener Lipome, Myome, Chondrome u. a. **Sympt.:** Jugendliche Individuen. Meist langsames Wachstum. Geschwülste hart, kugelig oder länglich, glatte Oberfläche, gut gegen das übrige Mammagewebe verschieblich, schmerzlos. Selten über Haselnuss- bis Apfelgrösse. Manchmal multipel. Auch in beiden Brüsten. Keine Achseldrüsen. **Therapie:** Operation, die oft in Lokalanästhesie ausführbar. Schnitt radiär oder, um jede sichtbare Narbe zu vermeiden, am unteren Rand der Mamma.

**Carcinome.** Machen  $\frac{3}{4}$  aller Mammageschwülste aus. **Ätiol.:** Oft vorausgegangene Mastitis\* oder Trauma angeschuldigt. **Sympt.:** Je nach Zellreichtum, rascher oder langsamer wachsend. Anfangs wie gutartige Fibrome beweglich, schmerzlos. Sehr aber bald Haut mit ergriffen, die wie auch bes. Mamilla eingezogen wird. Achseldrüsen schnell befallen, danach Infra- u. Supraclaviculardrüsen. Stets auch innere Organe, namentlich Leber, Lunge, Knochensystem (bes. lange Röhrenknochen u. Wirbelsäule) untersuchen! Schmerzhaftigkeit bei Druck auf Knochen, z. B. Beklopfen der Wirbelsäule, u. spontan stets sehr verdächtig auf Metastasen. Manche Formen von Ca. entwickeln sich auf dem Boden eines chronischen Ekzems der Mamilla (Pagetsche Krankheit). Zu Beginn ist Brustwarze in hochrotes flaches Geschwür umgewandelt, das sich flächenartig zu 5 Markstückgrösse u. darüber ausbreitet. Kann monetelang so bleiben, aber dann in echtes Carcinom übergehen. **Therapie:** Nur radikale Operation, wobei ganze Brustdrüse samt M. pectoralis entfernt u. ganze Achselhöhle, sowie Mohrenheimsche Grube ausgeräumt werden muss. Dauerresultate wesentlich abhängig von Frühzeitigkeit der Operation. Mehr als die Hälfte aller Frauen kommen immer noch erst nach mehrmonatigem Bestehen eines fühlbaren Knotens zum Chirurgen. Der praktische Arzt kann zur Verbesserung der Resultate wesentlich beitragen.

**Sarkome.** Auf 30 Carcinome ein Sarkom. **Sympt.:** Wachsen sehr rasch zu grossen Geschwülsten an, ulcerieren sehr bald, machen spät Achseldrüsen-, häufig früh innere Metastasen, führen oft schon in weniger als einem Jahr zum Tod. **Therapie:** Nur radikalste Operation, die aber viel schlechtere Prognose in Bezug auf Rezidiv gibt als bei Carcinomen.

Kaposi.

**Mammatuberkulose.** Selten; fast nur bei jugendlichen Personen beobachtet. Infektion meist sekundär bei u. infolge Tbc. (Herde in Rippen, Pleura, Lunge, Achseldrüsen). *Sympt.:* Knotige Infiltrate der Brust, schmerzlos, bald erweichend, dann Durchbruch mit Entleerung käsigen Eiters. Zurückbleiben von Fisteln u. Einziehungen mit charakteristischen Geschwüren (überhängende livide Ränder, schlaffe Granulationen). Achseldrüsen fast immer an Tbc. mit erkrankt. *Therapie:* Auskratzen, Incisionen der Abscesse, Einspritzung mit Jodoformöl usw. nicht zu empfehlen. Stets Amputation der Mamma mit Ausräumung der verkästen Achseldrüsen, ganz wie bei Carcinom. Kaposi.

**Manie.** Heute meist als Unterform des manisch-depressiven Irreseins\* betrachtet. *Ätiol.:* Erbliche Belastung, Infektionskrankheiten, Puerperium, Vergiftungen, erschöpfende Ursachen. *Sympt.:* Nach kurzem Vorstadium allgemeiner nervöser Beschwerden entwickelt sich anhaltend heitere Verstimmung mit gehobenem Selbstgefühl, allgemeiner Bewegungsunruhe, Rededrang, Schlaflosigkeit. Ideenflucht durch abspringenden Gedankengang („vom 100. ins 1000.“), kann sich bis zur Verworrenheit steigern. Sonst Orientierung bis auf häufige Personenverwechslung erhalten. Erinnerung selten gestört. Nur episodisch Sinnestäuschungen u. Wahnideen, bes. der Grösse, seltener der Verfolgung, nicht fixiert, wechselnd, mit Konfabulationen vermischt. Grosse Reizbarkeit mit Zornausbrüchen, Gewalttätigkeit, Zerstörungssucht. Gesteigerter Geschlechtstrieb, Verlust des Schamgefühls. Zu unterscheiden: 1. Hypomanie: Gehobene, witzige Stimmung bei ziemlich geordnetem Gebahren, Rede- u. Beschäftigungsdrang. 2. M. simplex: Deutlich krankhafte Erregung u. Unruhe, Ideenflucht; ev. Personenverkenning, Wahnideen, Sinnestäuschungen. 3. M. gravis: Tobsüchtige Bewusstseinstrübung bis zum Bild des Delirium acutum. *Diff.-Diagnose:* Bei Dementia paralytica\* somatische Störungen, Geistesschwäche. Bei Epilepsie\* u. Hysterie\* entsprechende Antecedentien. Bei Katatonie\* u. Hebephrenie\* oberflächlicher Affekt, läppisches Wesen, triebartige Unruhe, Neigung zur Stereotypie (gedankenarmer Wortsalat). *Prognose:* Nach meist  $\frac{1}{2}$ —1 Jahr, seltener mehreren Jahren Heilung in  $\frac{1}{3}$  der Fälle. Tod durch Kollaps oder interkurrente Erkrankung. Sehr selten chronisch. In der Regel später Rezidiv\* oder Melancholie\* (vgl. manisch-depressives Irresein). *Therapie:* Bettruhe bei Überwachung, Brom (Rp. 135), längere warme Bäder, Packungen. Bei stärkerer Erregung Überführung in geschlossene Anstalt. Nachts Veronal 0,75 bis 1,0 (Rp. 118), Isopral 1,5—2,0. Bei heftigem Toben Scopolamin subcutan (Rp. 137). Raecke.



**Manisch-depressives Irresein.** Unter dieser Bezeichnung werden alle Formen von Manie\* u. Melancholie\* zusammengefasst, sowohl vereinzelte Anfälle als periodisch wiederkehrende u. Fälle, in denen Manie u. Melancholie abwechseln (sog. zirkuläres Irresein). Alle diese sind jedenfalls nach Ätiologie, Symptomatologie eng verwandt. Seltener sind Mischzustände wie manischer Stupor, melancholische Ideenflucht.

Raecke.

**Masern.** *Ätiol.:* Übertragung von Person zu Person (Prodromalstadium bis zur Abschilferung). Einmaliges Überstehen macht in der Regel immun, mehrmaliges kommt vor. Säuglinge bis zum 6. Monat meist verschont. Da Maserngift ausserordentlich flüchtig, genügt bezügl. Desinfektion Reinigen u. Lüften. Inkubation 14 Tage, am 11. Tage Prodrome (Fieber, Schnupfen, Husten, leichte Conjunctivitis), am 14. Exanthem. *Sympt.:* Erbsen- bis bohngrosse, meist runde Flecken, teils diskret, teils konfluierend mit deutlich papulösem Charakter. Farbe meist nicht so intensiv rot wie beim Scharlach. Beginn im Gesicht, später Hals, Brust, Leib, zuletzt Arme u. Beine. Mit der Höhe des Ausschlages auch Höhepunkt des Fiebers. Zugleich lebhaftee Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, grosser Durst, geringer Appetit, Verstopfung oder leichte Diarrhoe, Katarrh der Schleimhäute (Husten, Schnupfen, Conjunctivitis) u. Anschwellung der Cervicaldrüsen. Nach 3—5 Tagen Abblassen des Ausschlags u. Entfieberung. Abschilferung gewöhnlich in kleinsten Schüppchen, kann auch fehlen. Frühsymptome sind das Schleimhautantherm (kleine, nicht scharf umgrenzte rote Flecken auf dem weichen Gaumen, bes. an der Basis des Zäpfchens) u. die Koplikschen Flecken (kleinste weisse Fleckchen, „Kalkspritzer“ auf der geröteten Wangenschleimhaut gegenüber den unteren Backzähnen). Letztere in 86,5% der Fälle vorhanden, erscheinen am 1. od. 2. Tag der Prodrome u. sind absolut sicheres Diagnosticum für Masern. Erneutes Ansteigen des Fiebers spricht immer für **Komplik.:** Bronchitis, Capillärbronchitis, Bronchopneumonie. Otitis media, schwere Formen von Rhinitis u. Conjunctivitis. Stomatitis, Croup u. Pseudocroup. Diarrhöen (Enteritis); Convulsionen; Nephritis. Ferner Kombination mit anderen Infektionskrankheiten, bes. Diphtherie u. Tuberkulose. Bei Mischinfektion mit Streptokokken Sepsis. *Therapie:* Hygienisch-diätetisch. 14 Tage Bettruhe, 3 Wochen Stubenaufenthalt. Gute Luft bei 18° Zimmertemperatur, leichte Bedeckung, Schutz vor Erkältung. Baden nur zu Heilzwecken. Painliche Mundpflege durch Ausspülen mit essigsaurer Tonerdelösung. Einfetten spröder Lippen mit Ungt. Glycerini oder Mucil. Cydoniae.

Als Diät Milch, bei Durchfall Mehl- u. Schleimsuppen, später bei gesundem Darmkanal gemischte Kost. Verdunkelung des Zimmers unnötig. Behandlung der Komplik. nach den für diese gültigen Regeln. Cf. Röteln, Scharlach, Vierte Krankheit.

Hasenknopf.

**Mastdarmlistel.** *Ätiol.:* Nicht ausgeheilte Periproktitis oder tuberkulöse Ulceration. Zu trennen: inkomplette (äußere bzw. innere) u. komplette. Äußere Öffnung zuweilen entfernt vom Anus; innere meist innerhalb des Sphincters, selten oberhalb, oft verzweigte Gänge. *Sympt.:* Lästiges Nässen, Schmerz bei Defäkation; bei tuberkulöser M. Abnahme der Kräfte. *Diagnose:* Sondierung von äußerer Mündung aus, während Finger im Mastdarm die innere sucht; diese fühlt sich wie kleiner Defekt in der Darmwand an. *Prognose:* Günstig, wenn richtig operiert wird, auch bei tuberkulöser M. — *Therapie:* Operativ. Aus den öfters verzweigten Fistelgängen ist offene Wundfläche herzustellen. Unter Anästhesie auf Hohlsonde Spaltung des Sphincters von äußerer bis innerer Mündung; ist letztere nicht zu finden bzw. nicht vorhanden, dann Durchstossen an dünnster Stelle; sorgfältigste Ausschabung ev. tuberkulöser Granulationen, auf ev. Seitengänge achten! Tamponade der ganzen Wunde inkl. Anus. Stuhl bleibt 5—7 Tage angehalten, also nur flüssige Diät usw. Unter allmählicher Verkleinerung des Tampons vernarbt die Wunde anstandslos.

Leser.

**Mastdarmpolyp.** Fibromatöse Tumoren, aus dem submukösen Bindegewebslager des Darms allmählich stielartig hervorwachsend. Wenn lang u. nahe dem Sphincter, dann öfters bei Defäkation aus dem Anus vortretend. In jedem Alter, bes. aber bei Kindern. *Sympt.:* Stuhlbeschwerden, Schmerzen dabei, charakteristisch wiederholte Blutungen. — *Diagnose:* Leicht, wenn Polyp vorgefallen; anderenfalls Digitaluntersuchung u. Rectoscopie. *Therapie:* Operativ. Nach temporärer Sphincterlähmung Abschnürung des Stiels mit starkem Seidenfaden u. Abschneiden des Polypen. *Prognose:* Gut; Rezidive selten.

Leser.

**Mastdarmlstrikturen.** *Ätiol.:* Ungünstig vernarbende Darmgeschwüre\*; ausnahmsweise traumatisch oder angeboren. Entweder ringförmig, schmal umschrieben, oder mehr weniger ausgedehnt. *Sympt.:* Stuhlverlangsamung bzw. -verhaltung, Schmerzen bei Defäkation; alle diese Erscheinungen allmählich zunehmend; hin u. wieder Blutungen bei Stuhlgang; auch Sekretion möglich, wenn noch nicht gänzliche Vernarbung eingetreten. Bei jeder M. auch Dickdarmlkatarrh, der ev. „paradoxe Diarrhoe“ hervorrufen kann. Bei tiefsitzenden Strikturen Stuhl bandförmig oder ziegenkotähnlich. *Komplik.:* Störungen

des Allgemeinbefindens, Depression, Kachexie, entzündliche Prozesse. **Prognose:** Anceps, hängt von Ausdehnung der M. u. Therapie ab. Bei engen M. Ileus zu fürchten! **Therapie:** Bei nicht zu engen u. nachgiebigen M. Versuch allmählicher Erweiterung durch Bougieren (vorher Mastdarmspülung; Bougies ordentlich einfetten; cave Einriss der Darmwand u. folgende Peritonitis!). In anderen Fällen Operation. Am sichersten Excision der verengten Partie, also Resektion u. zirkuläre Naht, wie bei Darmkrebs\*. Bei sehr ausgedehnten M. Resektion des Steissbeins und Spaltung der ganzen verengten Stelle in der hinteren Mittellinie unter Schonung des Sphincters.

Leser.

**Mastdarmvorfall.** Zu trennen Vorfall des Anus, der Analwand u. des Rectum, der oberhalb des Sphincter ani gelegenen Darmwand. Nicht zu verwechseln mit hypertrophischer Darmschleimhaut, wie sie öfters sich vorwölbt; beim Prolaps ist stets die ganze Darmwand vorgefallen. Kindesalter bevorzugt. **Ätiol.:** Erschwerter Stuhlgang, z. B. bei Katarrhen, bei Blasensteinen, Harnröhrenverengungen; Schwäche des Sphincter ani im Alter usw. **Sympt.:** Vorfallen von Darmwand bei der Defäkation, die liegen bleibt. Beim Prolapsus ani trifft der eingeführte Finger sofort ein Hindernis gegen das Vorschreiten, beim P. recti erst mehr oder weniger oberhalb. Die vorgefallene Schleimhaut wird bald trocken, blutet leicht, excoriert u. ulcerirt; selten ähnelt sie der Deckhaut. Gefahr der Einklemmung u. Gangrän mit den bekannten schweren Symptomen. **Diff.-Diagnose:** Hernia perinealis, bei der Darmwand durch den hinunter getretenen Bruchinhalt vorgetrieben wird; deshalb stets vor Operation Versuch der Reposition, hierbei gurrendes Geräusch bei Hernie. **Therapie:** Ursächliches Moment beseitigen, also Heilung des Katarrhs, Entfernung d. Blasensteins usw., Regelung des Stuhlgangs u. sofortige Reposition nach Defäkation. Bei Prolapsus ani am erfolgreichsten: Kauterisation der prolabierten Schleimhaut mit Paquelin, ev. streifenförmig; seltener Exstirpation von Streifen nötig. Bei Prolapsus recti Verengung des Sphincter mit Hilfe zirkulärer subcutaner Silberdrahtnaht nach Thiersch. Beim Zusammenziehen Finger in den Anus einführen, um zu enge Zusammenziehung zu vermeiden. Jedenfalls sicher die Kolopexie: nach Laparotomie Zug an der Flexur bzw. dem Colon, hierdurch Heraufziehen der prolabierten Darmwand u. dann Fixierung der Schlinge mittels Naht an der vorderen Bauchwand. Leser.

## Mastitis.

**M. acuta.** Bei Neugeborenen (*M. neonatorum*) zuweilen vorübergehende unbedeutende Schwellung der Brustdrüse. Ein-

ölen u. Wattebedeckung. Ferner im Entwicklungsalter Pubertäts-M., Brustdrüse geschwollen, schmerzhaft; manchmal Achseldrüsenanschwellung. Auf antiphlogistische Therapie, Hochbinden der Brust, meist Heilung ohne eitrige Einschmelzung. Viel häufiger M. puerperalis bei stillenden Frauen. *Ätiol.*: Stets bakterielle Infektion der Milchgänge durch kleine Schrunden u. Rhagaden der Warze. Begünstigt durch Milchstauung. *Sympt.*: Oft Beginn mit Schüttelfrost, meist hohes Fieber, starke Schwellung u. Schmerzhaftigkeit der Brust, Schlaflosigkeit. Allmählich lokalisierte harte Infiltration (subcutan, intramammär oder sogar retromammär). Je nach Sitz Haut gerötet u. phlegmonös, dann Erweichung u. Fluktuation. Bei tiefem intra- oder retromammärem Sitz der Eiterung kann die Lokalisation des Entzündungsherdens Schwierigkeiten machen. *Therapie*: Bei oberflächlichen Abscessen u. deutlicher Fluktuation radiäre Incision oder Stichincision u. Biersche Saugglocke. Bei tiefen Infiltrationen bis zur genauen Lokalisierbarkeit der Eiterung Umschläge mit Antiseptics oder warme Umschläge, Hochbinden der Brust. Sobald an einer Stelle Erweichung, dann lange radiäre Incision oder Stichincision mit folgender Saugglocke ( $\frac{1}{4}$  bis  $1\frac{1}{2}$  Stunde). Kind sofort beim Auftreten der M. absetzen, überschüssige Milch mit Milchpumpe absaugen. Für viele leichte Fälle genügt Biersche Methode (Vorteil der Lokalanästhesie, schönere Narbe). Schwerere Fälle müssen aber immer in Narkose ausgiebig gespalten u. ev. unter Anlegung von Gegenincisionen drainiert werden; erfordern gute chirurgische Technik, weil sonst Gefahr der Nachblutung u. lange dauernder Fisteln.

**M. chronica.** In jedem Alter. *Sympt.*: Beinahe immer doppelseitig, gewöhnlich mehrere harte, druckschmerzhafte Knollen u. Knoten in der Brust, die sich als Ganzes härter anfühlt als normal. Neuralgieähnliche Schmerzen. Auf Druck oft gelbliches klebriges Sekret aus der Brustwarze. *Diff.-Diagnose*: Vom Ca. manchmal schwer zu trennen; dann Probeexcision anzuraten, die bei chronischer M. mikroskopisch cystadenomatöse Degeneration des Mammagewebes ergibt. Chronische M. kann auch Vorstufe des Carcinoms sein. *Therapie*: Umschläge, Belladonnasalbe (Rp. 145), Hochbinden. Wenn Schmerzen stark, Drüse zum grossen Teil degeneriert, dann ev. Amputatio mammae.

Kaposi.

**Mastodynie.** Neuralgie der Brustdrüse. Anfälle von oft grosser Heftigkeit, mit Hyperästhesie der Warzen verbunden, bisweilen mit Rötung, Schwellung, Herpes. Auf der Höhe des Schmerzanfalles bisweilen Milchsekretion, auch Erbrechen. Druckpunkte gewöhnlich am 2.—6. Brustwirbeldorn.

**Ätiol.:** Neurasthenie, Hysterie, Laktation. **Fast** nur bei Frauen mittleren Lebensalters. **Diagnose:** Wichtig gegen beginnenden Tumor! **Prognose:** Nicht günstig quoad sanationem. **Therapie:** Hochbinden der Brust, Kompressen, Faradisation. Cf. Neuralgien. S. Schoenborn.

**Mastoiditis.** Akute eitrige Entzündung der Knochen- substanz und des Periostes des Warzenfortsatzes. **Ätiol.:** Fast stets Übergreifen der Entzündung von einer Otitis med. suppur. aus, selten bei akutem Mittelohrkatarrh. **Sympt.:** Während eines bestehenden Ausflusses aus dem Gehörgange, oder auch erst nach dessen Versiegen Auftreibung der Gegend hinter der Ohrmuschel, Verstreichen der Falte der Insertion der Muschel am Warzenfortsatz, Abstehen und Senkung derselben, Senkung der hinteren u. oberen Wand des Gehörgangs in seinem innersten Teile. Manchmal Schwellung der gleichseitigen Gesichtshälfte, meist Schmerz bei Druck oder Klopfen auf die geschwollene Knochenpartie, bes. auf die Spitze des Warzenfortsatzes, auf den oberen u. den nach hinten gelegenen Teil. Fieber kann fehlen, namentlich wenn schon Fluktuation auf dem Knochen gefühlt wird. Allgemeinbefinden mehr oder weniger gestört. Durchbruch des Eiters durch die Corticalis des Warzenfortsatzes manchmal an der Spitze (grosse Spitzenzellen im Höhlensystem des Proc. mast.) mit Senkung im u. unter dem Sternocleidomastoideus, selbst unter die Rachen- schleimhaut; bei Kindern Durchbruch vorwiegend höher oben (oberflächliche Lage des Antrum mast. und noch fehlende Entwicklung der Warzenzellen); selten Durchbruch durch die hintere Gehörgangswand. Manchmal subcutaner Abscess, ohne Knochenfistel, mit wenig verfärbter Knochenrinde, aber schon vorgeschrittener Einschmelzung im Innern des Mastoid, die langsamer oder rascher erfolgen und sich bis zur Dura oder zum Sinus sigmoid. erstrecken kann, mit oder ohne Nekrosen- u. Sequesterbildung (cf. Sinusthrombose, Pachymeningitis). **Diff.-Diagnose:** Bei mangelnder Auftreibung des Warzenfortsatzes und Fehlen von Schmerzen ist die profuse, mehrere Wochen fortdauernde Mittelohreiterung bezeichnend. Schwellung auf dem Mastoid durch Furunkel des Gehörgangs mehr teigig (Delle), nicht schmerzhaft; Gehörgang im äusseren, knorpeligen Teile geschwollen, in der Regel ohne voraus- gegangene Mittelohrentzündung. Bei periaurikulärem, durch Otitis ext. entstandenem Abscess ist letztere nachzuweisen. **Therapie:** Bei beginnender Schwellung Sorge für freien Sekret- abfluss, Paracentese des Trommelfells bzw. Erweiterung schon vorhandener Öffnung, Entfernung den Gehörgang verlegender Polypen. Eis, am besten Ohreisbeutel. Geht die Schwellung nach einigen Tagen nicht zurück, oder ist schon deutliche

Fluktuation nachweisbar (Pseudofluktuation durch vergrößerte Glandula mastoidea oder durch oedematöse Bedeckung des Warzenfortsatzes!), dann Operation: Bogenschnitt parallel zur Insertion der Ohrmuschel etwa 1 cm hinter ihr, von oben bis zur Spitze des Mastoid, Freilegung des Knochens bis an hinteren Rand des knöchernen Gehörgangs. Erweiterung einer vorhandenen Fistel, sonst Freilegung der erkrankten Knochenzellen, Ausräumung der Abscesshöhle, Entfernung aller Zwischenwände zwischen entzündeten oder eitergefüllten Zellen, in der Regel bis zum Aditus ad antrum unter Schonung des Ambosses. Reinigung mit Wasserstoffsperoxydspray, Gazeverband. Heilung durch Granulationsbildung u. schliessliche Vernarbung. Narbe je nach Substanzverlust im Knochen vertieft. Hörfunktion nach der Heilung normal. Bloch.

**Medianuslähmung.** *Ätiol.:* Isoliert selten, dann meist traumatisch (bei elastischer Umschnürung des Oberarms, Stichverletzung dort oder am Handgelenk, Vorderarmfraktur) oder als funktionelle (bes. berufliche) Parese: bei Melkerinnen, Tischlern, Zigarrenwicklern, Trommlern (cf. Beschäftigungsneurosen). Häufiger als Teilerscheinung von Polyneuritis, spinalen Amyotrophien usw. *Sympt.:* Bei Sitz der Erkrankung am Oberarm sind gelähmt: Pronatoren, Flexores carpi rad., Flexores digitorum (exkl. die 3 letzten Finger), die meisten Flexions- u. Abduktionsmuskeln des Daumens. Verletzung über dem Handgelenk ruft nur Schädigung der kleinen Handmuskeln (inkl. der ersten Lumbricales) hervor. Beugung der Hand geschwächt mit ulnarer Abduction, Händedruck sehr gering, Finger können nicht oder wenig gebeugt werden, Daumen steht, statt in Opposition, in einer Flucht mit den andern Fingern („Affenhand“). Begleitsymptome sind mehr weniger deutliche Ea R., später Atrophie, Schmerzen u. sehr häufig Hyp- oder Anästhesie der Vola manus, der Volarfläche und der 2. u. 3. Phalanx der Dorsalfläche an den 3 ersten Fingern. Individuelle Differenzen kommen vor. — Bisweilen Hyperhidrosis. *Therapie:* Cf. Lähmungen. S. Schoenborn.

**Mediastinaltumoren.** *Ätiol.:* Meist im vorderen Mediastinum primär das Lymphosarkom u. Carcinom, bes. zwischen 20–30 Jahren; nach Traumen. Dermoide, Lymphome, Fibrome, Lipome, metastatische Tumoren sehr selten, häufiger pseudoleukämische, leukämische, tuberkulöse Drüsentumoren; bei Kindern Thymushyperplasie („Thymustod“); auch Struma substernalis. *Sympt.:* Druck u. Verdrängungserscheinungen wie bei Aneurysma Aortae\*. Initial Beengungs-, Schmerz-Gefühl (später stärker, ausstrahlend), leichte Dyspnoe (später bis höchste Grade, infolge Trachea-, Bronchus-, Lungen-, Herz-

kompression), Reizhusten, später Dämpfung oben über dem Brustbein oder seitlich (beiderseits) von demselben, ev. Übergang in Herzdämpfung; wenn im hinteren Mediastinum, Dämpfung seitlich der Wirbelsäule; ev. Thorax-Vorwölbung, Sternum- u. Rippenusur, fortgeleitete Pulsation; bei Druck auf Nerven, Larynx, Oesophagus gleiche Symptome wie bei Aneurysma Aortae (S. 22). Druck auf Vena subclavia, anonyma, cava sup. bedingt Cyanose, Oedem, Varicen ein- oder doppelseitig an Arm, Hals, Gesicht; bei Druck auf untere Hohlvene im hinteren M.: Ascites, Leber-, Milz-, Beinschwellung. Bei Druck auf Arterien: Stenosengeräusch (Herzbasis), ev. Radialispuls einseitig schwächer, später ankommend. Verschiebung des M. und damit des Herzens meist nach unten links bzw. von hinten nach vorn; bes. wichtig Röntgenbefund. Zunehmende Kachexie. Dauer ca.  $\frac{1}{2}$  Jahr (rasches Wachstum). **Diff.-Diagnose:** Gegen Aneurysma Aortae\*: Alter, Röntgen-, Herz-, Gefäßbefund, Drüsenmetastasen, Verlauf. Pleuritis, Perikarditis, auch Hydrothorax können Tumoren verdecken. Punktion (spez. Gew.), ev. Diagnose erst nach Ablassen (cave Lungenoedem!). Röntgenuntersuchung. Mediastinalabscess: Verlauf, Fieber, Ätiologie (cf. Mediastinitis). **Therapie:** Operation, sonst Arsen, Röntgenbestrahlung, Jod. Arneth.

### Mediastinitis inkl. Mediastino-Perikarditis. Cf.

Symphysis perikardiaca. Akute Mediastinitis (meist eitrig) von Halsentzündungen, -phlegmonen, Knochencaries, perforierten Oesophaguscarcinomen her, nach Verletzungen, Traumen, durch verschluckte Fremdkörper, metastatisch bei Pyämie, Erysipel, Typhus. Chronische (nicht eitrig) mit derber Schwielenbildung. **Sympt.:** Wenn akut (meist diffus eitrig oder jauchig), rasch tödlicher septischer Verlauf: Fröste Fieber, Herzschwäche, starker Schmerz unterm Sternum (Perkussion) oder hinten neben Wirbelsäule. Bei Abscessbildung Symptome wie bei Mediastinaltumor\* möglich. Perforation nach allen Richtungen möglich. Bei chronischem Verlauf durch Narbenschumpfung Einschnürung (Druck) von Bronchien, Gefäßen (Pulsus paradoxus, Anschwellen der Jugularvenen bei jeder Inspiration beobachtet), Nerven (cf. Mediastinaltumor). Röntgen. **Komplik.:** Perikarditis\*, Pleuritis\*. Mediastino-Perikarditis = Fortschreiten der Entzündung bei Perikarditis auf das angrenzende mediastinale Zellgewebe, ebenfalls mit starker Narbenschumpfung nachher u. Symptomen wie oben. **Therapie:** Bei akut-eitrigem Verlauf u. Abscess Operation, sonst ableitend (Schröpfköpfe, Blutegel, Eisblase); bei chronischem Verlauf (Narbengewebe) ev. Fibrolysin (Rp. 184, 20—30 Ampullen). Arneth.

**Melaena neonatorum.** Nur in den ersten Lebenstagen.

**Ätiol.:** Brüchigkeit der Gefässwände infolge Infektionen, Ulcerationen des Magens oder Duodenums embolischen Ursprungs (?)

**Sympt.:** Blutiges Erbrechen u. profuser Blutabgang durch den Darm (schwarz gefärbte Stühle). Rascher Verfall. **Diff.-**

**Diagnose:** Blutsaugen aus erodierten Brustwarzen kann ebenfalls zu Blutbrechen u. blutigen Stühlen führen (Allgemeinbefinden jedoch nicht gestört); desgl. die nicht immer ungefährlichen Blutungen aus Nase u. Rachen des Kindes selbst.

**Therapie:** Schutz vor Kollaps durch Warmhalten. Eisbeutel aufs Epigastrium. Nahrung nur in geringen Mengen. 2 stdl. 1 Tr. Liq. ferri sesquichlor. in Gerstenschleim. Injektion von Extr. sec. cornut. 0,02/1,0 oder von ca. 15 ccm Gelatina steril. (Merck). **Prognose:** Infaust. Hasenknopf.

**Melancholie.** Strittig, ob immer Unterform des manisch-depressiven Irreseins\*. **Ätiol.:** Erbliche Belastung, Infektionskrankheiten, Puerperium usw., Vergiftungen, erschöpfende Ursachen, Gemütsregungen, sehr oft Klimakterium. **Sympt.:** Allmähliche Entwicklung nach längeren allgemein nervösen Vorboten. Anhaltende traurige Verstimmung mit Gefühl der Unfähigkeit, mit Hemmung von Denken u. Handeln, Einsilbigkeit oder Angst mit Unruhe u. Jammern. Hoffnungsloses Hinbrüten, Lebensüberdruß, Selbstmordneigung. Seltener plötzliche deliriöse Angsterregungen mit Neigung zu Gewalttat (Raptus melancholicus). Vielfach Selbstvorwürfe, Versündigungswahn (seien schlecht, müssten bestraft werden), hypochondrische Iden, Verarmungswahn. Bisweilen Zwangsvorstellungen\*, ängstliche Sinnestäuschungen. Bewusstsein höchstens vorübergehend getrübt. Oft Herzklopfen, Beklemmung. Appetit- u. Schlaflosigkeit; Obstipation. Zu unterscheiden: 1. M. simplex: Einfach traurige Verstimmung bei äusserlich geordnetem Gebahren. 2. M. agitata: Heftige Angst mit Unruhe u. Jammern. 3. M. attonita oder cum stupore: Allgemeine Hemmung steigert sich bis zum Stupor (Bewegungslosigkeit). Stummheit, Nahrungsverweigerung, Andeutung von Katalepsie u. wächserner Biegsamkeit der Glieder kommen vor, nicht eigentliches blindes Widerstreben (Negativismus). **Diff.-Diagnose:** Bei Dementia paralytica\* somatische Störungen u. Geistesschwäche. Bei Katatonie\* u. Hebephrenie\* oberflächlicher Affekt, Negativismus, Stereotypien; Zerfahrenheit bis zur Sprachverwirrtheit. Bei arteriosklerotischer Dementia\* Gedächtnisschwäche, Schwindelanfälle, Herdsymptome. Bei Epilepsie\* Antecedentien, zumal Krampfanfälle. Bei Hysterie\* ebenso u. mehr theatralisches Gebahren. **Prognose:** Nach  $\frac{1}{2}$ —1, seltener mehreren Jahren Heilung in Mehrzahl



der Fälle. Selten chronisch. Häufiger ist Tod durch Komplikationen oder Selbstmord. Grosse Neigung zur Wiedererkrankung. **Therapie:** Strengste Überwachung u. möglichst schnelle Überführung in geschlossene Anstalt. Bettruhe, warme Bäder, gute Ernährung. Bei Herzklopfen Eisblase. Steigend Tinct. Opii spl. 3 × tgl. 10—30 oder 40 Tropfen, tropfenweise hinaufgehend. Oder Codein. phosphor. 3×0,01—0,05. Einläufe! Bei Abstinieren Sondenfütterung. Nachts Veronal (Rp. 118), Trional (Rp. 116), Paraldehyd. 6—10 ccm. Nur bei heftigster Angst ausnahmsweise Morphium subcutan, am besten dann kombiniert mit Scopolamin.

Raecke.

**Ménièresche Krankheit.** (Richtiger M. Symptomenkomplex). Anfallsweise auftretendes Ohrensausen u. Schwerhörigkeit, Nystagmus u. Schwindel, Nausea u. Erbrechen, oft ohne jede äussere Veranlassung. **Ätiol.:** Heftige Erkältungen, plötzliche Luftdruckschwankungen, Traumen, pathologische Gefässzustände, die Exsudation oder Blutungen ins Labyrinth zustande kommen lassen. **Sympt.:** Gemeinsames Auftreten der genannten Erscheinungen mitunter mit apoplektiformer Plötzlichkeit (Blutung ins Labyrinth, auch doppelseitig), seltener allmählich, manchmal unter Ausbleiben des einen oder anderen Symptomes. Minuten- bis stundenlange Dauer, selbst über Tage sich erstreckend, in grösseren Intervallen wiederkehrend. Während die vestibulären Störungen bald verschwinden, bleiben die cochlearen, Sausen u. Schwerhörigkeit, bes. letztere in der Regel länger oder dauernd u. steigern sich mit den folgenden Anfällen. **Diff.-Diagnose:** Im Gegensatz zu epileptiformen Anfällen u. zu schweren Apoplexien ist bei M. Bewusstsein erhalten, Kopfschmerz u. Lähmungen fehlen. Bei rudimentären Anfällen ist das gleichzeitige plötzliche Auftreten der Teilsymptome maßgebend. **Prognose:** Für das Gehör ungünstig, für vestibuläre Erscheinungen günstig. **Therapie:** Erkrankungen des Mittelohres berücksichtigen, ebenso Allgemeinzustand (Herz, Gefässverkalkung, Nieren u. a. m.). Ruhe u. Stille. Nach dem Anfälle Pilocarpinkur (s. Seite 5), Jodkali, kleine Chinindosen, warme Bäder.

Bloch.

**Meningitis cerebrospinalis.** Die Entzündung der Hirn- u. Rückenmarkshüllen kann isoliert die Dura betreffen (Pachymeningitis\*), ergreift aber viel häufiger die weichen Häute. Verschiedene Formen unterscheidbar; bei allen ist überwiegend das Gehirn beteiligt. Lokale M. spinalis fast nur akzidentell bei Myelitis\*, Caries, Tabes u. a., ferner in den seltenen Fällen circumscripter, seröser Spinalmeningitis sowie bei syphilitischer M. Viel häufiger die anderen Formen:

a) **Meningitis (Leptomeningitis) acuta (purulenta).** Meist diffus an Pia u. Arachnoidea der Convexität u. Basis, oft mit

Beteiligung der Hirnrinde selbst. **Ätiol.:** Gefunden werden Strepto-, Staphylo-, Pneumo- u. Meningokokken als Erreger, ausgehend von Abscessen der Nachbarschaft, infizierten Schädelwunden oder Wirbelverletzungen, Decubitus, Operationswunden. Am häufigsten nach Felsenbeincaries u. Otitis (cf. Gehirnabscess); auch bei Septicämie u. den akuten Infektionskrankheiten. Meist Hirnhäute sehr viel mehr beteiligt als Rückenmarkshäute. **Pathol. Anat.:** Trübung, später eitriges Belag der Pia, Bildung kleiner Abscesse in Sulcis u. Hirnrinde. Bisweilen negativer Befund. **Sympt.:** Heftige, exacerbierende Kopfschmerzen als Beginn, dann Bewusstseinstörung, Somnolenz u. Delirien. Sensorielle Hyperästhesie (Licht, Geräusche). Häufig Erbrechen, Fieber, bisweilen continua, meist remittierend. Puls meist frequent, aber weniger als dem Fieber entspräche, bisweilen verlangsamt. Nackenstarre (Anspannung der Nackenmuskeln, bisweilen auch der übrigen Körpermuskeln) u. Schmerzen bei passiver Bewegung des Kopfes, bes. bei Erheben des gestreckten Beines in Rückenlage (Kernigsches Symptom). Haut u. Muskeln meist hyperästhetisch u. vasomotorisch übererregbar (Dermographie). Häufig Pupillendifferenz, Strabismus, Ptosis, Neuritis optica. Flüchtige Zuckungen, Sehnenhüpfen, halbseitige oder allgemeine Convulsionen, Hemiplegie kommen vor. Sehnenreflexe anfangs erhöht, später schwindend, Retentio urinae et alvi. Später Koma. Im Liquor Trübung u. starker Eiweissgehalt, starke Leukocytose. **Komplik.:** Gehirnabscess\*, Sinusthrombose\*. Dauer 2 Tage bis 2 Wochen. **Prognose:** Stets sehr ernst, wo nicht Entleerung des Abscesses möglich. Doch kommt spontane Heilung vor. **Diff.-Diagnose:** Oft schwer gegen Typhus abdominalis\* (hier Milztumor, Diarrhöen, allmähliches Entstehen) u. Pneumonie, auch gegen einfache Otitis, Lues der Meningen, Meningismus bei Infektionskrankheiten u. Hysterie. Entscheidend Lumbalpunktion (Eiweissgehalt, Zellen, Bakterien). **Therapie:** Bettruhe, Eisbeutel, Ableitung auf den Darm (Kalomel), Einreibungen mit Ung. cinereum, Lumbalpunktion (Einstich seitlich neben der Mittellinie zwischen III. u. IV. Lendenwirbel, etwa 4—8 cm tief); Entleerung von 10 bis 20 ccm, selten mehr; oft danach rasche, wenn auch vorübergehende Besserung. Bei jeder otitischen M. u. allen Abscessen chirurgische Therapie.

**b) Meningitis epidemica.** Zweifellose Infektionskrankheit, durch den Meningococcus intracellularis hervorgerufen, meist in Epidemien (Winter- u. Frühjahrsmonate), bes. in Schulen, Kasernen, Gefängnissen. Übertragung wohl bes. durch Nasensekret. **Sympt.:** 1—2 tägige Prodrome von Unwohlsein, Kopf- u. Rückenschmerzen, dann Kopfweh, Erbrechen, Schwindel, bei Kindern Convulsionen; nach 1—2 Tagen Nackensteifigkeit („Genick-

starre“). Mässiges Fieber. Delirien, allgemeine Muskelstarre, Retentio urinae, Pupillenstarre, Neuritis optica, Schwerhörigkeit. Hemi- u. Paraplegien. Häufig schon früh Herpes. Im Liquor Leukocyten u. intracelluläre Diplokokken. **Verlauf:** Bisweilen fulminant, Tod in wenigen Stunden; häufiger abortiv, 1—2 Wochen lang, dann Genesung. Selten intermittierend über Monate hinaus. Sehr oft bleiben Kopfschmerzen u. schwere Cerebralsymptome dauernd zurück (Taubheit, Blindheit durch Opticusatrophie, (Taubstummheit, Gehstörungen). **Diff.-Diagnose** s. oben bei a. Zu beachten bes. der Herpes! **Prognose:** Stets ernst, ca. 50% Todesfälle, doch besser als bei a. **Therapie:** Wie bei a; namentlich sind wiederholte Lumbalpunktionen, auch Entleerung grösserer Mengen aufs wärmste zu empfehlen (alle 5—8 Tage).

**c) Meningitis tuberculosa.** **Ätiol.:** Wohl stets sekundäre Infektion der Meningen von Lungen-, Drüsen-, Knochenherden aus, teilweise embolisch in Gefässen, teilweise in Lymphscheiden aufsteigend. Häufig im Kindesalter. Gelegenheitsursache: Trauma, Masern, Keuchhusten, Alkoholismus. **Pathol. Anat.:** Serofibrinöses, bacillenhaltiges Exsudat, namentlich an der Hirnbasis, seltener Konvexität sich ausbreitend, mit eingestreuten miliaren Tuberkeln, oft auch etwas Encephalitis. **Sympt.:** Beginn oft ganz schleichend, Verstimmung, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Erbrechen, dann Benommenheit, Konvulsionen, Delirien, plötzliches Aufschreien. Muskelstarre, Krämpfe epileptiformen u. tetanischen Charakters, Kerniges Phänomen. Unregelmässiges, meist geringes Fieber. Pupillendifferenz, Augenmuskellähmungen, Nystagmus, vorübergehende Paresen, Aphasie; Hauthyperästhesie, Dermographie. Oft tagelang Atemstörungen (Cheyne-Stokes). Agonale Fiebersteigerung. Dauer meist einige Wochen, mit Remissionen zum Tode führend. Heilungen ungemein selten, obwohl vorkommend. — Im Liquor Lympho-, seltener Leukocyten, im Sediment spärliche Bacillen. **Diff.-Diagnose:** Wie bei a. Schwer gegen Miliartuberkulose. **Therapie:** Wie bei a u. b. Lumbalpunktion auch hier warm zu empfehlen.

**d) Meningitis serosa:** In allen Eigentümlichkeiten dem Hydrocephalus\* int. durchaus entsprechend. Eine Meningitis serosa circumscripta cerebralis u. spinalis kann Hirn- bzw. Rückenmarkstumor vortäuschen.

**e) Meningitis chronica, namentlich syphilitica.** Diese seltenen Formen entsprechen in den Hauptpunkten den obigen Bildern. Bei allen unklaren Fällen von Meningitis ist die Wassermannsche Reaktion angezeigt! Syphilitische M., mit Vorliebe spinal oder cerebral lokalisiert (seltener kombiniert), zeichnet sich aus durch Beteiligung der Wurzeln (gürtelförmige Schmerzen, atro-

phische Paresen an Händen oder [seltener] Füssen mit dem Bilde neuritischer\* Lähmung), Verlust der Sehnenreflexe, häufige Beteiligung von Pupillen- sowie von cerebralen oder spinalen Marksymptomen, ferner durch relativ häufigen Wechsel der Symptome. Lumbalpunktion ergibt Lymphocytose u. mässige Eiweiss- (ev. Globulin-) Vermehrung. Verlauf chronisch, Diagnose (Wassermann!) auch ex juvantibus (Hg, Jod, besser nicht Salvarsan!).

S. Schoenborn.

**Meniscusverletzungen** im Kniegelenk (früher „Dé-rangement interne“). Am häufigsten Subluxation des äusseren Meniscus nach vorn. *Ätiol.*: Abnorm starke Rotationsbewegung bei gestrecktem Gelenk. *Sympt.*: Sehr heftiger Schmerz, plötzliche Hinderung der Bewegung, gewöhnlich der Streckbewegung (analog Einklemmung einer Gelenkmaus). Abgerissener verschobener Meniscus oft seitlich am Gelenkspalt als schmerzhafter Wulst zu palpieren. Hämarthros meist nicht stark. Stets im Zweifel an diese Verletzung denken. *Therapie*: In Narkose Reposition durch rotierende Bewegungen bei gleichzeitigem Druck auf vorstehenden Meniscusrand. Falls kein Erfolg oder bei habitueller M. operative Freilegung des luxierten Körpers u. Exstirpation.

Leser.

**Menstruationsanomalien.** Menstruation ist in etwa 14% der Gesamtfälle mit erheblichen Beschwerden verknüpft (cf. Dysmenorrhoe).

**Menstruatio vicaria.** Blutungen aus anderen Organen bei ausgebliebener eigentlicher M. (aus Lippen, Nase, Mund, Darm usw.). Selten.

**M. praecox.** Eintritt der in mehr oder weniger regelmässigen Zwischenräumen sich wiederholenden Periode vor dem 9. Jahr (selten bereits im 2. Jahr beobachtet). *Ätiol.*: Unklar; mitunter Hyperplasie u. Geschwülste (Cysten, Tuberkulose, Sarkom) der Ovarien\*, Hypertrophie der Klitoris; Rachitis; Heredität (Fertilität) der Mutter. *Sympt.*: In Verbindung mit frühzeitiger Menstruation Erscheinungen ungewöhnlicher Frühreife; erhebliche Körpergrösse, vermehrte Fettpolster; ausgebildete Mammae, Behaarung der Mons veneris, der Achselhöhle, gut entwickelte Schamlippen, breites Becken, Neigung zum anderen Geschlecht, häufig Onanie, geistige Frühreife, aber auch psychische Defekte, Geisteskrankheiten (Hysterie) u. Idiotie. *Prognose*: Ernst. *Therapie*: Greift Ursache an, wenn solche erkennbar.

**M. tarda.** Im 3. Dezennium u. später zuerst eintretende M.; mitunter verbunden mit Infantilismus (enges Becken). *Ätiol.*: Allgemeine schwächliche Entwicklung; selten Hypoplasie

der Ovarien. **Therapie:** Zielt nicht direkt auf Hervorrufen der M. ab; allgemeine Kräftigung des Organismus.

**M. nimia.** Blutungen, die bei erhaltener Periodizität durch Dauer, Stärke, rascheres Auftreten von der normalen M. abweichen (Syn. Menorrhagie; cf. S. 73).

**Menopause.** Das Aufhören der monatlichen Blutungen im Klimakterium. Cf. Klimakterische Beschwerden. Kayser.

**Metatarsalgie.** Schmerzen im Mittelfuss, oft anfallsweise namentlich nach Anstrengungen. **Ätiol.:** Sehr oft Folge von sog. entzündlichem Plattfuß\* u. Pronationscontractur; auch bei Überanstrengung des zum Pes valgus neigenden Fusses; ferner traumatisch infolge von Fraktur eines Metatarsus, seltener durch Distorsion eines Metatarsophalangealgelenks.

**Diagnose:** Sorgsame Untersuchung der Fussstellung, damit nicht Plattfuß bzw. Pronationscontractur übersehen wird. Nach Trauma auf sog. Fussgeschwulst\* fahnden. **Therapie:** Ruhe, Priessnitz, ev. fixierender Verband, Änderung des Schuhwerks. Leser.

**Meteorismus** (Luftaufreibung des Leibes). **Ätiol.:** Vermehrte Gasmengen (blähende Speisen; abnorme Gärungsvorgänge, z. B. Gärungsdyspepsie\*, Darmkatarrhe, Obstipation; vielleicht auch verminderte Gasresorption). Aërophagie bei Hysterischen, schlaffe Bauchdecken. Ferner symptomatisch bei Rachitis, Typhus, Dyspraxia intermittens intestinalis (S. 36), Ileus u. Darmstenose, Peritonitis acuta (ev. bei Perforationsperitonitis Luftaustritt in die freie Bauchhöhle). **Sympt.:** Auftreibung mit hellem tympanitischem Schall, auch in den seitlichen Partien. **Diff.-Diagnose:** Sonstige Symptome der Grundkrankheit. Bei Peritonitis diffusa Druckschmerz, Kollaps. Bei Ileus sichtbare Peristaltik, Kotbrechen. **Therapie:** Die der Grundkrankheit. Ev. Einlegung eines Darmrohrs; Species carminativae. Cf. Enteritis chronica, Flatulenz. Beuttenmüller.

**Metritis.** Entzündung des Gebärmutterkörpers, akut (seröse Durchtränkung, kleinzellige Infiltration) u. chronisch (Bindegewebswucherung, Hyperämie des Uterus); selten isoliert auftretend. **Ätiol.:** Cf. Endometritis. **Sympt.:** Uterus vergrößert, druckempfindlich. Bei der akuten Form Fieber, Leibschmerzen, bes. auf Druck, starke eitrige Sekretion, peritonitische Erscheinungen (Erbrechen, Auftreibung des Leibes). Bei der chronischen Form dumpfe Kreuzschmerzen, Schmerzen u. Druckgefühl im Becken, Harndrang, Menorrhagien, starke eitrige Sekretion; allgemeine körperliche Erschlaffung. **Komplic.:** Sepsis, Peritonitis, Endo-, Peri-, Parametritis, Neurosen. **Diff.-Diagnose:** Subinvolutio uteri (Anamnese!). Schwangerschaft (hierbei Uterus weicher, Ausbleiben der Menses usw.).

**Therapie:** Bei akuter M. abwartend, Bettruhe, milde Laxantien, Eisblase, Opium (cf. Gonorrhoe). Bei chronischer M.: Prophylaktisch, fachgemässe Leitung des Wochenbetts, bes. nach Abort. Regelmässige Stuhl- u. Urinentleerung. Beseitigung von Lageanomalien, Massage u. heisse Scheidenspülungen zur Beseitigung peri- u. parametritischer Veränderungen. Stichelungen der Portio, Curettage des Uterus mit konsekutiver Ätzung mit Jodtinktur (cf. Endometritis). Zur Nachkur Sol-, Moorbadekuren; erstere nicht bei Anämischen. Kayser.

**Metritis dissecans.** Bei septischer Endometritis puerperalis können Mikroben tiefer in umschriebenen Bezirk der Muskelwand des Uterus eindringen u. Nekrose erzeugen; das Stück Muskulatur wird dann als Sequester ausgestossen. **Sympt.:** Hohe Temperatur- u. Pulssteigerungen, wochenlang; schlechter Allgemeinzustand; grosser schlecht zurückgebildeter Uterus; massenhafter fötider Ausfluss; Sequester im inneren Muttermund palpierbar. Prognose gewöhnlich gut. **Therapie:** Rein abwartend! Nur für Hebung des Allgemeinbefindens sorgen; spontane Ausstossung des Sequesters abwarten. Fromme.

**Mikrosporie.** Ausschliesslich bei Kindern. **Sympt.:** Auf behaarter Kopfhaut 2—5, selten mehr kreisrunde Flecke von 3 bis 5 cm Durchmesser mit adhärennten weissen, feinen Schuppen bedeckt. Die leicht zerbrechlichen Haare sind in 3—5 mm Höhe von grauer Hülle manschettenförmig eingeschlossen. Haar gleicht Glasstäbchen, das mit Leim bestrichen im Sande gerollt ist. Die weisse Scheide um die Haare besteht, wie mikroskop. Untersuchung in 30 % Kalilauge zeigt, aus unzähligen kleinen Sporen des Mikrosporon Audouini (einer Trichophyton-Art); Mycelien fehlen. **Diff.-Diagnose:** Gegenüber Seborrhoea sicca fehlt jede Spur von Entzündung u. Infiltration. **Therapie:** Röntgenstrahlen mit voller Erythemdosis; nach ca. 14 Tagen beginnt Haarausfall, ist nach ca. 35 Tagen beendet; 2 Monate danach wachsen Haare wieder. Sonst nach Epilation Jodtinctur oder Chrysarobin (Rp. 207) oder Rp. Pyrogallol 2,0, Ol. cadini 8,0, Vasel. 40,0. M. Joseph.

**Milchfieber.** Die häufig am 2.—4. Tag des Wochenbetts auftretende Temperatursteigerung, die man früher als „Milchfieber“ auffasste, ist meist auf Resorption (Lochiometra), Retention von Placentarteilen, Koprostase oder Infektion zu beziehen. Temperaturen über 38,5 dürfen niemals durch „Einschiessen der Milch“ erklärt werden; dementsprechende **Therapie:** Stuhlentleerung, Ausspülung des Uterus; Secale (Rp. 99); ev. Hochbinden der prall gespannten Brüste. Kayser.

**Miliaria.** Nach starkem Schwitzen treten allein oder als Vorstadium eines Ekzema caloricum Bläschen auf rotem Grunde

auf (*M. rubra*). Ev. wird der Inhalt durch Leukocyteneinwanderung opak, (*M. alba*), die leicht in Ekzema sudamen oder Sudamina übergehen kann. *M. crystallina* in Form heller, über einen grossen Teil des Körpers zerstreuter runder oder ovaler Bläschen entsteht infolge von Schweissretention bei einigen fieberhaften mit abundanten Schweissen einhergehenden Allgemeinerkrankungen. **Therapie:** Kräftiges Pudern.

M. Joseph.

**Miliartuberkulose, akute allgemeine.** Auftreten zahlreicher mikroskopischer bis hirsekorngrosser Tuberkel in den verschiedensten Organen. **Ätiol.:** Einbruch eines älteren tuberkulösen Herdes (nicht immer nachweisbar!) in den Ductus thoracicus oder die Blutbahn (Lungenvenen, seltener anderswo). Jungliches Alter bevorzugt. **Sympt.:** Stets Bild schwerster Allgemeininfektion (bes. durch bakterielle Toxine bedingt): Meist hohes, re- u. intermittierendes, auch ganz unregelmässiges Fieber ev. mit Schüttelfrösten; kann aber fehlen, bes. bei älteren Leuten. Puls beschleunigt u. klein. Hochgradige Cyanose u. Dyspnoe und rascher Kräfteverfall, oft im Gegensatz zu den geringen Organbefunden. Bei der typhösen Form Allgemeinerscheinungen typhusähnlich (Benommenheit, Delirien usw.); zuweilen auch Roseola, Durchfälle, Milzschwellung. Dazu gewöhnlich nach einiger Zeit Lokalerscheinungen, die auch von Anfang an bzw. allein bestehen können. Bei der pulmonalen Form Brustschmerzen, Atemnot, quälender trockner Husten, Auswurf (manchmal ohne Bacillen); dazu ev. Symptome von capillärer Bronchitis, Bronchopneumonie, Pleuritis, akuter Lungenblähung. Bei der meningalen Form (vorzugsweise bei Kindern, doch auch vielfach im Verlauf der anderen Formen) die Symptome der Meningitis\* tuberculosa, ev. etwas atypisch (ohne Erbrechen u. stärkere Pulsverlangsamung, mit baldiger Bewusstlosigkeit, starker Dyspnoe). Bei der gastrischen Form manchmal längere Zeit Magen-Darmerscheinungen ohne erhebliches Fieber, dann plötzlich Sopor, Delirien, Exitus. Bei *M. der Haut* bis hanfkorn-grosse, rötliche, derbe, kegelförmig zugespitzte Papeln, bzw. papulo-ulceröses Exanthem mit zahlreichen Bacillen darin. — Wichtig auch als Zeichen allgemeiner *M. die Chorioidealtuberkulose*, da mit Augenspiegel nachweisbar (cf. S. 94). **Diff.-Diagnose:** Nachweis von Bacillen im Blut (selten positiv), Harn, Sputum, Liquor cerebrospinalis, von Tuberkeln im Augenhintergrund, von älteren tuberkulösen Herden. Bei Typhus abdominalis Gruber-Widal positiv (nicht absolut beweisend!), Diazoreaktion, meist typischer Fieverlauf, langsamerer Puls, Roseolen u. Milzvergrösserung stärker ausgesprochen, keine so erhebliche Cyanose u. Dyspnoe. Bei Sepsis\* (bes. kryptogenetische in Betracht kommend) schlechter Puls,

starke Schüttelfröste, Haut- u. Netzhautblutungen, Ikterus, Endokarditis, Gelenkeiterungen usw.; rascherer Verlauf. Auch an schwere Influenza u. Malaria denken! **Prognose:** Fast absolut infaust; vorübergehende Besserung kommt vor, Heilung aber seltene Ausnahme. Tod meist nach 1 - 4 Wochen. **Therapie:** Rein symptomatisch (cf. Typhus, Meningitis usw.). Cardiacia u. vor allem Narkotica. Guttman.

**Milien.** Stecknadelkopf- bis hirsekorn-grosse, weissliche oder gelbliche Knötchen im Gesichte u. an den Genitalien, aus Hornperlen von blättrigem, konzentrisch geschichtetem Bau bestehend. **Therapie:** Anritzen der Hautoberfläche mit Skalpell u. Herausdrücken des Inhalts oder Auftupfen von Acid. carbol. liquef. M. Joseph.

**Milzbrand.** **Ätiol.:** Eindringen von Milzbrandbacillen oder -sporen durch Haut, Atmungs- bzw. Speisewege durch Berührung kranker Tiere (bes. Rinder u. Schafe befallen) oder bei Verarbeitung von deren Fellen u. a. Produkten; daher hauptsächlich bei Stallschweizern, Schlächtern, Lumpenarbeitern („Hadern“- , „Wollsortierer“-Krankheit) usw.

**Äusserer Milzbrand** (am häufigsten!) als Milzbrandkarbunkel u. Milzbrandödem an den unbedeckt getragenen Körperteilen (Hände, Arme, Gesicht), seltener an Schleimhäuten. **Sympt.:** Im Beginn kleines, rotes, stark juckendes Fleckchen, sehr bald Bläschen mit blutig-serösem Inhalt, stark oedematöser infiltrierter roter Hof. Aus Bläschen wird durch Nekrose u. rasche Vergrösserung des Brandschorfes talergrosses Geschwür; missfarbiges blaurotes Centrum vertieft, rote Ränder derb infiltriert. In der Umgebung des grossen Geschwüres oft kleine hämorrhagische Bläschen, die bald ebenfalls nekrotisieren. Sehr oft ferner starkes Oedem der ganzen Umgebung (aber auch selbständig ohne Karbunkel vorkommend, dann meist an Augenlidern beginnend), Lymphangitis u. Lymphadenitis. Fieber kann bei lokalem Haut-M. fehlen.

**Lungenmilzbrand.** Verläuft unter dem Bilde schwerer atypischer Pneumonie. **Sympt.:** Hohes Fieber, starke Dyspnoe u. Cyanose, Husten, Auswurf (oft blutig), pneumonische u. pleuritische Symptome. Auffallendes Angstgefühl.

**Darmmilzbrand.** **Sympt.:** Schwere Gastroenteritis mit Erbrechen, blutigen Durchfällen, Meteorismus usw.

**Milzbrandsepsis.** Allgemeinerscheinungen durch Eindringen der Krankheitserreger in die Blutbahn. Im Anschluss an alle erwähnten Formen möglich, seltener ohne nachweisbaren primären Herd („kryptogenetisch“). **Sympt.:** Hohes Fieber, Schüttelfröste, gastrointestinale, pulmonale, cerebrale Erscheinungen (Bewusstlosigkeit, Delirien, Krämpfe usw.).



**Diff.-Diagnose:** Bei gewöhnlichen Furunkeln u. Karbunkeln fehlt Brandschorf u. centrale Vertiefung; Eiter entleert sich oft aus siebartigen Löchern; bei Pustula maligna raschere Ausbreitung der Entzündung, geringere Schmerzhaftigkeit. Bei Erysipel meist Beginn mit Schüttelfrost, scharfe Begrenzung, langsamere Ausbreitung. Rotzkarbunkel meist multipel, weniger ausgedehnt, ohne Schorfe; oft zugleich Nase ergriffen. Bei Noma Schorfe weicher, mehr missfarbig. Pestkarbunkel bakteriologisch zu erkennen. — Die anderen Milzbrandformen nur bakteriologisch sicherzustellen (Ausstrichpräparate, Kulturen, Impfung auf weisse Mäuse u. Meerschweinchen). **Prognose:** Bei äusserem M. nicht schlecht (Mortalität an den Extremitäten 5—15 %, im Gesicht 25 %); sonst ungünstig (bei Lungen-M. 50—87 % Mortalität), namentlich bei Milzbrandsepsis. **Therapie:** Prophylaktisch rigorose Sanitätspolizei! Bei gefährdeten Berufen Vorsicht mit Wunden bzw. energische sofortige Desinfektion frischer Verletzungen. Bei äusserem Milzbrand jedes aktive operative Vorgehen vermeiden! Also absolut verboten Incisionen oder gar Excochleationen, Lösen der Schorfe mit Schere u. Pinzette. Am besten dicker Salbenverband (ev. mit grauer oder Credéscher Salbe). Fixierung der Extremität durch Schienenverband, Hochlagerung wie bei Lymphangitis. Zugleich Kontrolle des Allgemeinzustandes, bes. Herz u. Lunge. Bei anderen Milzbrandformen rein symptomatisch (cf. Sepsis usw.). Empfohlen reichlich Alkoholica, Pillen von Kalomel 0,1 bis 0,2 oder Sublimat 0,01 oder Carbolsäure 0,1 mehrmals tgl. Auch Antipyretica, bes. Chinin. Zu versuchen in allen Fällen Sobernheim'sches Serum (Merck, Darmstadt), 30—40 ccm intravenös. Guttmann u. Kaposi.

**Milztumor.** Normale Milzdämpfung in der Körperlängsrichtung 5—6 cm, überschreitet nicht vordere Axillarlinie. Bei Vergrößerung bzw. Verlagerung kann Milz den Rippenbogen erreichen oder überschreiten. Scheinbare Vergrößerung bei Herabdrängung des Zwerchfells (Pleuraexsudat usw.), Wandermilz (hier abnorme Beweglichkeit des Milzrandes), bei Magendilatation (durch Zug des Lig. gastrolienale [Sahli]), selten auch bei Vordrängung der Milz durch Nieren- oder Nebennierentumoren. Auszuschliessen auch Anfüllung des Kolons oder Magens durch feste u. flüssige Massen (rechte Seitenlage! Abführmittel!), Carcinom der Flexura lienalis (Stenosenerscheinungen, blutige Stühle, Kachexie), Ovarialtumoren. Akuter M. bei fast allen Infektionskrankheiten (weich, druckempfindlich), namentlich bei Malaria, Typhus, Septicopyämie, Pneumonie, akuten infektiösen Leberkrankheiten, Lues usw. Ferner bedingt durch hämorrhagischen Infarkt (schmerzhaft; bei Herzeiden; oft noch andere Embolien) u. Milzabscess (metastatisch

bei Typhus, Recurrens, Pyämie usw.; spontan u. auf Druck schmerzhaft; zuweilen Durchbruch in Nachbarschaft). Chronischer M. bei Malaria (sehr gross u. hart, oft mit Anämie zusammen), als Stauungsmilz (hart, nicht sehr gross) bei Pfortaderstauung (Lebercirrhose, Pylephlebitis usw., auch Herz- u. Lungenleiden), bei Leukämie (hart u. sehr gross, ev. bis zur Mittellinie u. darüber), Pseudoleukämie, Anaemia splenica infantum (S. 20), Bantischer Krankheit (gross, glatt), Rachitis; auch bei ausgedehntem Zerfall roter Blutkörperchen („spodogener“ M. bei Vergiftungen, schweren Anämien usw.; hart, nicht sehr gross). Ferner bei Tuberkulose der Milz (bes. bei Kindern), Amyloidose (hart, meist zusammen mit Amyloid anderer Organe), Milzschinococcus (meist zusammen mit Leberechinococcus; auch derselbe Befund im Punktat), Milzsarkom- u. -carcinom (meist sekundär; Oberfläche uneben, mitunter druckempfindlich). **Therapie:** Akuter M. bei Infektionskrankheiten geht gewöhnlich von selbst zurück (ausgenommen bei Malaria). Bei Milzabscess Splenotomie. Bei chronischem M. ev. Behandlung des Grundleidens. Bei sehr starken Beschwerden Exstirpation der Milz (bes. bei Malaria u. Bantischer Krankheit); desgl. auch bei Tumoren. Kontraindiziert ist die Operation bei Leukämie\* u. Pseudoleukämie\*; hier Arsenotherapie oder Versuch mit Röntgenbestrahlungen (Dauererfolge allerdings recht zweifelhaft).

Guttman.

**Minderwertigkeit, geistige.** Eine der zukünftigen Gesetzgebung entnommene Bezeichnung für eine Reihe von klinisch verschiedenen Zuständen, bei denen die volle Zurechnungsfähigkeit unter Umständen herabgesetzt ist. Dahin gehören: leichter Schwachsinn, Degeneration, bes. bei Affekthandlungen, Epilepsie, beginnende organische Hirnerkrankungen u. ähnliche Zustände.

L. W. Weber.

**Missed abortion.** (Syn. Missed labour). Hier ist die Frucht vor Erlangung ihrer extrauterinen Lebensfähigkeit abgestorben u. wird im Uterus zurückgehalten. **Sympt.:** Scheinbar normale Schwangerschaft, doch wächst Uterus nicht weiter, Kindsbewegungen werden vermisst oder hören auf, Menstruation fehlt. **Diagnose:** Genaue Beobachtung, ob Grösse des schwangeren Uterus über 6—8 Wochen hin dieselbe bleibt, ob während dieser Zeit Herztöne wirklich fehlen. Ist das der Fall, so ist abgestorbenes Ei zu beseitigen. **Therapie:** Erweiterung des Muttermundes durch Laminariastifte, nach 24 Stunden nachfolgende bruske Dilatation nach Hegar; in späteren Monaten Metreuryse u. Ausräumung des Eies, resp. Abwarten der Geburt des Metreurynters u. der spontanen Elimination der Frucht u. Nachgeburt, in späteren Monaten auch

Erweiterung des Cervicalkanals durch Schnitt (Hysterotomia vaginalis anterior).

Fromme.

**Molluscum contagiosum.** *Sympt.:* Im Gesicht, an Hals, Kopf, Genitalien, ausnahmsweise Mammilla, Fuss- u. Handrücken, in ein- oder mehrfacher Zahl, runde stecknadelkopf- bis bohngrosse über die Haut hervorragende, breitbasig oder gestielt aufsitzende Knoten, wenig durchsichtig, mit dellentartiger centraler Öffnung, aus der man durch seitlichen Druck feste talgartige Masse entleeren kann. Bei Molluscum fibrosum u. Milien dagegen nur vollkommen glatte Geschwulst. Die gutartige, rein epitheliale Neubildung ist contagiös. *Therapie:* Entfernung mit scharfem Löffel, Schere oder Jodpinselungen; zuweilen spontane Rückbildung.

M. Joseph.

**Moralisches Irresein.** (Moral insanity). Ist in reiner Form keine Krankheit im medizinisch-forensischen Sinne, sondern nur, wenn kombiniert mit anderen psychotischen Symptomen, namentlich angeborenem Schwachsinn (s. d.). Die reine Form auf dem Boden der Degeneration (cf. degeneratives Irresein). Bei sonst guter intellektueller Begabung fehlen die gewöhnlichen ethischen Vorstellungen oder das entsprechende Gefühl für Gut und Böse sowie alle altruistischen Gefühle. Dementsprechend brutal egoistisches Fühlen, Denken, Handeln, das oft zu Gesetzeskonflikt u. zum Gewohnheitsverbrechertum führt. Im kindlichem Alter charakteristisch Tierquälen, Brandstiftungen, auffallende kriminelle Neigungen, hemmungslose Triebe. Wo nur moralische Defekte nachweisbar, weder Freispruch noch Entmündigung möglich, Verurteilung am Platze. — Die leichteren, mit angeborenem Schwachsinn kombinierten Fälle in geeignete Anstalten (im jugendlichen Alter Versuch der Fürsorgeerziehung, später Irren- u. Idiotenanstalten usw.).

L. W. Weber.

**Morphium- u. Opiumvergiftung, akute.** Toleranz sehr verschieden; bei kleinen Kindern sehr gering (für Neugeborene ev. schon 1 Tropfen Opiumtinktur tödlich, cave auch Sir. Papaveris), bei Morphinisten u. Opiophagen sehr gross. *Sympt.:* Müdigkeit ev. mit Angstgefühl u. Schweissausbruch, Sopor, Koma, Erbrechen, Harndrang, Temperaturenniedrigung, Cyanose, sehr enge Pupillen (diagnostisch wichtig), oberflächliche, langsame Atmung, ev. Cheyne-Stokes. Tod durch Gehirn-, Herz-, oder Atmungslähmung. Zuweilen, namentlich bei kleinen Kindern u. bei Opiumvergiftung auch Reflexsteigerung u. Krämpfe. *Therapie:* Magenspülung, ev. mit ½% Kaliumpermanganat (auch bei subcutaner Vergiftung). Apomorphin (Rp. 82), Tannin (Rp. 11), zusammen mit Natr. bicarb. Schwarzer Kaffee, Coffein (Rp. 55) u. a. Excitantien. Bei

Atmungslähmung künstliche Atmung, O-Einatmung, Atropin (Rp. 147, 0,2—1 mg mehrmals). Bei Herz- u. Gefäßlähmung Versuch mit Strychnin (Rp. 152). Guttman.

**Morphiumvergiftung, chronische.** *Ätiol.:* Prädisposition durch degenerative Anlage oder erworbene schwächende Krankheiten (chronische Infektion). Auslösende Ursache: Morphiumparainfektion bei schmerzhaften Erkrankungen (bes. chronischen Neuralgien, Koliken, Krisen usw.). *Sympt.:* Körperlich: Enge Pupillen, starrer Blick, zahlreiche Injektionsnarben, Knötchen, Furunkel der Haut wegen schlechter Antiseptik. Tremor, oft Magendarmbeschwerden, Abmagerung, Marasmus, neuritische Symptome. Psychisch: Charakterveränderung, Neigung zum Lügen; unwiderstehlicher Trieb zum Morphiumparainfektion, gelegentlich ausgesprochene psychische Störung ohne charakteristische Merkmale. — Gesamtverhalten wechselnd. Körperliche u. psychische Leistungsfähigkeit nur durch regelmässige Morphiuminjektionen aufrecht zu erhalten. *Therapie:* Prophylaktisch: Genaue Indikationsstellung u. Beschränkung der Morphiumverordnungen. Kontrolle der verordneten Lösungen. Spritze Angehörigen nicht in die Hand geben. Ärzte selbst u. Angehörige von Morphiumparainfektion besonders gefährdet! Schmerzhafte körperliche Erkrankungen operativ beseitigen oder mit symptomatisch schmerzstillenden Mitteln abwechseln (physikalische Therapie!). Ausgesprochene Morphiumsucht nur in (Irren- oder Spezial-) Anstalt zu behandeln und zu heilen! Morphium-Ersatzpräparate für die Entziehung ohne Wert! Erst Entziehung in ca. 14 Tagen, dabei Behandlung der Abstinenzerscheinungen, dann Entwöhnung in ca. 4 Wochen. Nachbehandlung: Beseitigung chronischer oder periodisch wiederkehrender schmerzhafter Leiden. Psychische Erziehung: Festigung der labilen Persönlichkeit. L. W. Weber.

**Multiple Sklerose.** Multiple sklerotische Herde (in ihnen Nervenmark zerfallen, Achsencylinder oft erhalten, Neuroglia vermehrt) im Centralnervensystem u. einzelnen Hirnnerven. Am häufigsten zwischen 20 und 30 Jahren. *Ätiol.:* Unsicher (entzündliche Erkrankung? Primäre Affektion des Nervenparenchyms oder der Neuroglia?). Sehr wahrscheinlich funktionelle Minderwertigkeit. Zuweilen Traumen, Erkältungen, Infektionen, Intoxikationen usw. als Gelegenheitsursache angeschuldigt. *Sympt.:* Je nach Sitz der Herde verschieden. 1. Muskelschwäche und -rigidität, bes. in den Beinen. Gesteigerte Sehnenreflexe (Klonus). Gang spastisch-paretisch (steif, schwerfällig, Fussspitzen am Boden schleifend), zuweilen torkelnd. Zittern bzw. Wackeln bei Bewegungen („Intentionstremor“); fehlt bei Ruhe und Schlaf. Nystagmus (bes. bei Augenbe-

wegungen). Skandierende, monotone Sprache (wie ein buchstabiierendes Kind). 2. Sehstörung durch Neuritis bzw. partielle Atrophie des Opticus (zuweilen erstes Symptom; rückbildungsfähig). Fehlen des Bauchreflexes, Babinski. 3. Kopfschmerzen. Schwindel. Apoplektiforme Anfälle (Bewusstlosigkeit mit folgender, oft bald zurückgehender Hemiplegie). Konvulsionen. Leichte psychische Störungen (Gedächtnisschwäche). Zwangslachen und -weinen. Augenmuskellähmungen. Pupillendifferenz. Stimmbandparese. Leichte Sensibilitäts- und Blasenstörungen. Atypisch: Muskelatrophie, Ataxie, Bulbärsymptome. Beginn ungewöhnlich häufig mit scheinbar psychogenen Symptomen (Hysterie), wo aber schon oft temporale Abblassung der Papillen erkennbar. **Diff.-Diagnose:** Zuweilen sichere Diagnose unmöglich, bes. im Anfang und bei Komplikation mit anderen Cerebrospinalleiden. Auch können trotz vorhandener Herde Symptome ganz fehlen. Andererseits kann eine Neurose, die sog. „Pseudosklerose“ (Westphal) ohne anatomische Grundlage sehr ähnliche Symptome machen (beginnt ev. schon im Kindesalter; frühzeitige Demenz; langsames, auch in der Ruhe bestehendes Zittern; Fehlen von Nystagmus und Opticusatrophie). Ferner kommen in Betracht: Paralysis agitans\*, Dementia paralytica (Zittern auch in der Ruhe, Silbenstolpern, Pupillenstarre, erhebliche Demenz!), Gehirntumor (Hirndrucksymptome, progressiver Verlauf!), disseminierte Myelitis\*, namentlich Hysterie (im Beginn, s. oben). **Prognose:** Quoad vitam im allgemeinen gut; Heilung aber äusserst selten, doch kommen langdauernde, weitgehende Remissionen vor. **Therapie:** Tonisierendes Verfahren; Galvanisation der Wirbelsäule, Hydrotherapie (Halbbäder, CO<sub>2</sub>- oder Fichtennadelbäder, Bade- u. Klimakuren). Arg. nitr., Strychnin, Ergotin, Jodkali. Ev. Versuch Foersterscher Operation. S. Schoenborn.

**Muskelatrophie.** Krankhafte Abnahme des Muskelvolumens findet bei jeder entkräftenden Krankheit statt; im engeren Sinne heisst Muskelatrophie die Volumabnahme einzelner Muskelgebiete im Vergleiche zu anderen des gleichen Körpers (doch kommt, wenn auch selten, auch allgemeine Atrophie auf neurotischer Basis vor). Zu unterscheiden einfache u. degenerative M.; bei ersterer Volumen reduziert, Konsistenz aber meist normal, mikroskopisch einfacher Faser- u. Kernschwund, keine elektrischen Veränderungen (höchstens herabgesetzte Erregbarkeit). Bei degenerativer M. ist der abgemagerte Muskel oft matschig, schlapp, zeigt mikroskopisch oft grobe Faserveränderung (Vacuolenbildung, Fettdegeneration), bisweilen auch Kernvermehrung; die elektrische Untersuchung ergibt oft Entartungsreaktion (Ea R, cf. S. 295). Zwischen diesen Typen zahlreiche Übergänge. Bei der Pseudo-

hypertrophie erscheint der Muskel hypervoluminös, ist aber geschwächt u. zeigt mikroskopisch Atrophie u. Hypertrophie der Primitivfasern nebeneinander, Kernvermehrung u. das Bild der degenerativen Atrophie (aber ohne Ea R). *Ätiol.*: Einfache M. vor allem bei Inaktivität des betr. Muskels (Gipsverband, Gelenkaffektionen), bisweilen nach Verletzungen, Entzündungen, im Endstadium der Tabes u. vieler kachektisierender Krankheiten, bei Rachitis. Die sog. cerebrale M. bei Hemiplegien usw. ist wohl meist eine Inaktivitäts-M. Die degenerative M., fast stets mit Paresen verbunden, zeigt sich als neuritische bei jeder Neuritis\*, als spinale bei amyotrophischer\* Lateralsklerose, Bulbärparalyse\*, sog. spinaler progressiver Muskelatrophie, spinaler Kinderlähmung. Das mikroskopische Bild der degenerativen M. zeigt ferner vielfach auch die sog. progressive Dystrophie. Endlich kommt totale M. in Form angeborener Muskeldefekte vor (Serratus, Pectoralis usw.). Degenerative Atrophie beruht stets auf Affektion des peripheren Neurons. Die M. beherrscht das Bild als einziges oder Hauptsymptom bei folgenden Krankheiten:

**a) Progressive spinale M.** (Duchenne-Aran). *Ätiol.*: Unbekannt; wohl neuropathische Disposition. Selten. Mittleres Lebensalter bevorzugt. *Pathol. Anat.*: Atrophie der Ganglienzellen u. Nervenfasern der grauen Vorderhörner, oft auch der Pyramidenbahnen. Degenerative M. — Sehr selten kommt eine rasch progressive familiäre spinale M. (Hoffmann) im ersten Kindesalter vor, meist in Rückenmuskeln beginnend, zum Tode führend. *Sympt.*: Schleichende Entwicklung durch Monate. Beginn ziemlich symmetrisch, mit Abmagerung, dann auch Parese der kleinen Handmuskeln; Krallenhandstellung. In Jahren fortschreitend auf Oberarm (bisweilen mit Auslassung einiger Muskeln), Deltoideus, Cucullaris, Rückenmuskeln, bisweilen den ganzen Oberkörper, selten die Beine befallend. Fibrilläre Zuckungen, keine Sensibilitätsstörungen. *Diff.-Diagnose*: Gegen Kinderlähmung durch den langsam progredienten Verlauf; gegen amyotrophische\* Lateralsklerose durch die spastischen Phänomene letzterer; gegen Dystrophie durch die Lokalisation u. Ea R. Ferner Syringomyelie, Lues spinalis, Halswirbelcaries. *Therapie*: Aussichtslos. Schonung, Galvanisation der Wirbelsäule u. der Muskeln, Strychnin (Rp. 151), milde Hydrotherapie.

**b) Primäre M. oder Dystrophia musculorum progressiva.** *Ätiol.*: Heredität bzw. familiäres Auftreten häufig. Weniger seltenes Leiden als a. *Pathol. Anat.*: Nervensystem meist intakt. Muskel bietet mikroskopisch Bilder aus einfacher u. degenerativer Muskelatrophie gemischt, auch Pseudohypertrophie. *Sympt.*: Beginn in Kindesalter oder Pubertät, schleichende

Entwicklung. Zuerst Schwäche, dann Atrophie, namentlich des Beckengürtels (Glutaei, Quadriceps) u. Schultergürtels (Cucullaris, Latissimus, Serratus), dann Deltoideus, Bicepsgruppe, Supinator, Wade, Adduktoren. Distale Teile (Hände, Füße), auch einzelne Muskelabschnitte, meist verschont. Typische Bewegungs- u. Formveränderungen des Körpers; watschelnder Gang, Lordose der Lendenwirbelsäule, abstehende bzw. Flügelschultern. Dies das typische Bild der häufigsten „juvenilen“ Form. Bei der „infantilen“ meist Gesicht mitbeteiligt (Augenlider, Mund). Die „pseudo-hypertrophische“ Form beginnt gleichfalls meist in der Kindheit u. zeigt Volumzunahme von Waden, Oberschenkeln, Infraspinatis bei durchweg reduzierter Kraft u. neben atrophischen Partien. — Reflexe meist erhalten. Keine Sensibilitätsstörung. Keine Ea R. Fortschreiten sehr langsam, in Jahrzehnten. **Diff.-Diagnose u. Therapie:** Wie bei a). Oft Stehenbleiben des Prozesses.

**c) Neurotische M.** (Peronealtypus). Sehr seltene, von Füßen u. Händen aufsteigende, im Gegensatz zu a alle Muskeln gleichmässig aufsteigend beteiligende Atrophie, so dass die Extremitäten nach den Enden spitz zulaufen („Vogelbeine“), Meist partielle Ea R. Natur des Prozesses unbekannt.

S. Schoenborn.

**Muskelrheumatismus.** Muskelschmerzen häufige Begleiterscheinung bei allen Infektionskrankheiten. Echter Muskelrheumatismus, Myalgie, entsteht akut oder chronisch. Akuter M. typisch nach Erkältung, bei Entblössung oder Abkühlung schwitzender Körperstellen (Halsmuskulatur, Torticollis\*, Lumbago\*). **Ätiol.:** Abgesehen von der Gelegenheitsursache (Erkältung) ganz unklar. **Sympt.:** Harte, schmerzhaft Anspannung, oft Contractur (Torticollis!), vielleicht auch Oedem des betr. Muskels. Häufig Komplikation durch Neuralgien. Dauer Stunden bis Wochen. Chronischer M. sehr hartnäckig, bes. in Schulter-, Nacken-, Rücken-, Lendenmuskeln, unter Mitbeteiligung von Fascien, Gelenken. Häufig in den Muskeln Schwielen oder Knötchen, wahrscheinlich Infiltrate. Dieser chronische M. entsteht oft durch wiederholte Erkältung als Berufskrankheit (Wasserarbeiter, Bergleute), oder auch infektiös, mit Fieber verlaufend, oder bei Gichtikern, Arthritikern, häufig rezidivierend. **Therapie:** Bei akutem M. Aspirin, salicylsaures Natron, Schwitzbäder u. -Packungen, Senfteige, Faradisation, Gymnastik. Bei chronischem M. möglichst Beseitigung des Grundleidens; daneben Salicylpräparate, Heissluft- u. Schwitzapplikationen, Galvanisation, exakt ausgeführte Massage u. Übungen, namentlich Bade- u. Trinkkuren (Radium!) in Wild-

bad, Ragaz, Wiesbaden, Gastein, Baden-Baden, Baden i. Aargau usw. S. Schoenborn.

**Muskelzerrungen u. -zerreissungen.** Öfters diagnostiziert als tatsächlich vorhanden. *Ätiol.:* Abnorme Anstrengung, übermässiger Zug am Muskel (z. B. des Quadriceps bei Streckung des Beins); häufiger direkte Quetschung (z. B. Überfahrenwerden). *Sympt.:* Bei Muskelzerrung umschriebene Schmerzhaftigkeit, die bei Contraction des betr. Muskels zunimmt. Bei partiellen Zerreibungen Vertiefung in der sonst glatten Form des Muskels, örtlicher Schmerz; bei totalen Rupturen Ausfall der Funktion, an der Rissstelle Vertiefung, die sehr bald durch Blut ausgefüllt wird. Heilung durch bindegewebige Narbe ohne wesentliche Störung der Funktion. Beim Einreissen der Muskelscheide kann auch die Muskelsubstanz durch den Riss treten und als Geschwulst („Muskelhernie“) fühlbar werden. *Therapie:* Ruhigstellung u. zweckmässige Lagerung der Extremität, so dass Rissflächen genähert sind. Selten Freilegung der Rissstelle behufs Naht des Muskels nötig. Leser.

**Mutterkornvergiftung.** *Ätiol.:* Chron. Vergiftung durch längeren Genuss von Brot, in das Mutterkorn (*Secale cornutum* = Mycel von *Claviceps purpurea*) zusammen mit Roggenkörnern, an denen es entsteht, verbacken wurde. Seltener akute Vergiftung durch arzneilichen Gebrauch der daraus hergestellten Präparate u. Alkaloide (Extr. *Secal. cornuti*, Ergotin usw.). *Sympt.:* Bei akuter (arzneilicher) M. Gastroenteritis, starker Durst, kleiner gespannter Puls, Krämpfe, Delirien, Herzschwäche. Koma, ev. Uterus- u. Magenblutungen. Bei der chronischen M. Parästhesien der Extremitäten (daher auch „Kriebelkrankheit“), Auftreten von Brandblasen bis zur schwersten Gangrän („*Ergotismus gangraenosus*“); ev. typhöse Erscheinungen mit Darmblutungen usw. Manchmal Krämpfe im Vordergrund („*Ergotismus convulsivus*“); ausserdem Contracturen mit Folgeerscheinungen, Erbrechen, Durchfälle, Pulsverlangsamung, Sehstörungen. Als Nachkrankheiten Psychosen, tabische Erscheinungen. *Diff.-Diagnose:* Durch chemischen Nachweis von Mutterkorn im Brot oder Mehl. *Therapie:* Bei akuter M. Magenspülung, Laxantien. Darauf Tannin (0,1 mehrmals), ev. Excitantien. Bei chron. M. symptomatisch. Guttman.

**Myelitis.** Diffuse u. disseminierte Entzündungs- u. Erweichungsprozesse im Rückenmark (ausg. multiple Sklerose). Ziemlich häufig, jedes Lebensalter betreffend. *Ätiol.:* Erkältung, Trauma, bes. Infektion (Scharlach, Influenza, Keuchhusten usw.), vielleicht sogar als primäre Lokalisation u. Intoxikation (Gravidität, Lues, Tuberkulose, perniciöse Anämie). Bakteriologisch wenig bekannt. *Pathol. Anat.:* Weichere



Konsistenz des Rückenmarks, verwischte Zeichnung des Querschnitts, Mark rötlich bis grau verfärbt. Im ganzen Querschnitt viel Körnchenzellen; Degeneration u. Erweichung stehen im Vordergrund. Schwellung u. Quellung der Achsen-cylinder u. Markscheiden, Schwund von Zellen u. Fasern, Erweichungsherde. Rundzelleninfiltration um die Gefässe. **Sympt.:** Typische Form: *M. transversa*. Symptome wechselnd nach Sitz; gewöhnlich sind nachweisbar motorische u. sensible Paraplegie unterhalb der Läsion, in verschiedenem Grade. Im Beginn meist nur Hyperästhesie u. Schwäche (bei *M. transv. dorsalis* der Beine, bei *M. cervicalis* auch der Arme); Sehnenreflexe gesteigert, Babinski'sches u. Oppenheim'sches Phänomen, Sphincterenstörung (Retentio oder Incontinentia\* urinae et alvi), oft auch trophische Störungen (Decubitus). Bei cervicaler *M. transversa* sind ausserdem oft die Arme atrophisch, die Beine spastisch gelähmt (sehr oft bestehen dann Beugecontracturen der Beine, Spontanzuckungen von quälender Heftigkeit); cf. Lähmungen. Ev. Pupillensymptome, Zwerchfellschwäche. Sehr häufig schreitet der Prozess nach oben u. unten fort. Die Entstehung ist meist akut, bisweilen in wenigen Stunden bis zu kompletter Paraplegie fortschreitend, häufiger in Tagen, Wochen, selbst Jahren. Spontaner Rückgang u. Ausheilung mit Defekt kommen vor. Bei der seltenen *M. disseminata* zahlreiche, aber nicht den ganzen Querschnitt ergriffende Herde infektiösen Ursprungs. Symptomenbild das der *M. transversa* mit Neuritis optica, auch Ataxie (sog. „akute Ataxie“) u. Intentionstremor, meist keine Sphincterenstörung. **Prognose:** Bei jeder *M.* zweifelhaft; Heilung selten, langsame Progredienz bis zum Tode (durch Pyelitis, Sepsis) am häufigsten. **Diff.-Diagnose:** Bei reiner *M. transversa* leicht, nur gegen Kompressionsmyelitis\* u. Tumoren bisweilen schwierig. Sehr schwierig bes. die disseminierte Form gegen multiple Sklerose\* (bei letzterer selten komplette Paraplegie, ungleichmässiger Sensibilitätsstörung, Intentionstremor). **Therapie:** Bei frischen Fällen absolute Ruhe, Bettlage, Sorge für exakte Entleerungen, Schwitzpackungen, Ableitungen mit Jod oder Vesicator an der Wirbelsäule, Salicylpräparate. Später Jodkali; warme u. CO<sub>2</sub>-Bäder, Badekuren (nicht zu heisse Temperaturen!) in Nauheim Oeynhausen; Galvanisation 8—10 M.-A. stabil auf u. absteigend an der Wirbelsäule). Stets Berücksichtigung von Blase u. Haut im anästhetischen Gebiet!

S. Schoenborn.

**Mykosis fungoides.** **Sympt.:** Nach monate- oder jahrelangen Bestände eines über grösseren Körperstrecken diffus verbreiteten stark juckenden polymorphen Ekzems, wobei schuppene u. nässende Stellen mit psoriasis- u. urticariaartigen

Eruptionen abwechseln (Stad. ekzematosum), beginnen sich an diesen Stellen oder unabhängig davon flache, lins- bis bohngrosse gerötete u. schuppige Infiltrate zu zeigen (Stad. lichenoides). Sie wuchern zu starken Knollen an den verschiedenen Körperstellen, häufig auf behaartem Kopfe u. im Gesicht, bilden bis hühnereigrosse, livid verfärbte, glatte oder höckrige Geschwülste mit zerfallener geschwüriger Oberfläche u. stark wuchernden, ziemlich schmerzhaften, pilzartig aufsitzenden Granulationsmassen (Stad. mykofungoides oder der beerschwammähnlichen multiplen Papillargeschwülste). Reichliche Sekretion stinkenden Eiters. Fieber, Verjauchung, komplizierende Erkrankungen führen Tod herbei. Vorwiegend bei Männern im 40.—50. Lebensjahr. **Therapie:** In den frühen Stadien Arsen (Rp. 21 ff.) u. vor allem Röntgenstrahlen.

M. Joseph.

**Myokarditis acuta. Pathol. Anatomie:** Zellinfiltration; fettige Degeneration u. Zerfall der Muskelfasern. Heilung ev. unter Schwielenbildung. Bei Sepsis manchmal Abscess u. ev. Ruptur. **Ätiol.:** Während oder nach Infektionskrankheiten auftretend (speziell Angina, Diphtherie, Gonorrhoe, Sepsis, Polyarthritus rheumatica acuta usw.); seltener ohne erkennbare Ursache, scheinbar primär. **Sympt.:** Herzklopfen, Herzschmerz; Oppressionsgefühl; Mattigkeit bei geringer Anstrengung, Blässe; manchmal Schmerzen in der Lebergegend. Objektiv: Meist Arrhythmie; Beschleunigung der Herzaktion, weicher Puls, leise Herztöne, Embryokardie. Nicht selten Dilatationen mit systolischen Geräuschen (relative Mitralinsuffizienz\*); manchmal auch Leberschwellung, Albuminurie, Abnahme der Urinmenge; Oedeme nicht häufig. **Verlauf:** Entweder Zunahme der Insuffizienz, Exitus; oder Besserung. Dann entweder Übergang in leichte chronische Insuffizienz oder völlige Heilung. **Prognose:** Die während des Fiebers auftretenden Herzerscheinungen schwinden meist rasch; schlechtere Prognose haben die postinfektiösen Fälle (speziell bei Diphtherie, Gonorrhoe; ebenso die primäre Form). Septische M. a. führt zum Abscess; klinisch nicht erkennbar. **Therapie:** Strenge Bettruhe; Vermeidung von Aufregungen; Entleerungen nur in Bettschüssel! Eisbeutel aufs Herz! Ev. Excitantien u. Cardiaca (Rp. 83 ff., 47 ff.). Nach Schwinden der Herzschwäche allmählich Bewegungen, Aufsitzen. Aufstehen, Gehen. Später ev. CO<sub>2</sub>-Bäder. Beutenmüller.

**Myokarditis chronica. Pathol. Anatomie:** Interstitielle Rundzelleninfiltration, Bindegewebsentwicklung, Schwund der Muskelelemente, Schwielenbildung; selten Herzaneurysmen. Meist progredient. **Ätiol.:** Akute, nicht ausgeheilte M. bzw. die gleichen Noxen wie bei dieser; chron. Blei-, Alkoholver-

giftung, selten Lues; meist aber keine sichere Ätiol. **Sympt.:** Die einer langsam zunehmenden Herzmuskelinsuffizienz\*. Bes. häufig hier Rhythmusstörungen (speziell Pulsus irregularis perpetuus). **Diff.-Diagnose:** Im Gegensatz zur Coronarsklerose\* fehlen meist Angina pectoris u. Asthma cardiale; leichtes Druckgefühl dagegen häufig vorhanden. Im Beginn schwierig von Herzneurosen\* zu trennen. **Prognose** meist ungünstig; in seltenen Fällen Heilung. **Therapie:** Die der chronischen Herzmuskelinsuffizienz\*. Beuttenmüller.

**Myositis.** Akute M. traumatisch nach Kontusionen; auch entzündlich bzw. rheumatisch (bei Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Stoffwechselstörungen), Durchtränkung des Perimysiums u. zellige Infiltration der Fasern; seltener Vereiterung (diffus oder Abscesse) u. Verjauchung nach Infektion. Bei chronischer sog. fibröser M. Vermehrung des Bindegewebes u. Atrophie der Muskelfasern, schliesslich Induration u. Sklerose, diffus oder auf einzelne Partien beschränkt (Muskelschwiele); bes. in der Nähe kranker Knochen u. Gelenke, dann nach traumatischen oder entzündlichen peripheren Muskellähmungen (cf. ischämische Lähmungen); oft auch Syphilis Ursache (diffuse u. gummöse Form). Endlich die M. ossificans progressiva; hierbei bilden sich unter akuten Schüben mit Schmerzen, Schwellung u. Fieber (akuter Muskel-Rheumatismus), verstreut knotige Verdickungen, Platten usw., die schliesslich ossifizieren; Beginn im Bindegewebe des Muskels u. Übergang auf die Fasern. (Traumatische M. ossificans s. unter Exerzierknochen). Folgen einer Myositis stets Contracturen, Bewegungs-Störung bzw. -Hemmung. **Therapie:** Bei rheumatischer M. wie bei Muskelrheumatismus. Bei entzündlicher M. antiphlogistisch; bei eitriger breite Spaltungen; bei syphilitischer Allgemeinbehandlung. Im übrigen Heissluft-, Hyperämie-Behandlung, ferner Massage; bei ischämischer nur im ersten Beginn, bei ossifizierender M. überhaupt kein Erfolg. Leser.

Eine selbständige, wahrsch. infektiöse Erkrankung ist die **Polymyositis acuta** (Wagner, Unverricht). **Sympt.:** Unter mässigem remittierendem Fieber, das allmählich oder plötzlich einsetzt, Allgemeinbefinden- u. Verdauungsstörungen entwickelt sich eine schmerzhafte Schwellung (entzündliches Oedem) zahlreicher Muskeln, die hart u. gespannt, später teigig u. funktionsunfähig werden. Meist Beteiligung der Haut (Dermatomyositis), indem hier entzündliche Oedeme u. Exantheme (Roseola, Erytheme, Urticaria usw.) auftreten. In schweren Fällen (Beteiligung der Atmungs- u. Schlingmuskeln!) kann Tod erfolgen. in leichteren Heilung; bei chron. Verlauf kommt es zu Muskelatrophien u. Contracturen. **Diff.-Diagnose:** Bei Trichinose stärkere gastrointestinale Störungen, primäre Lid-

oedeme, ev. Trichinennachweis, Massenerkrankungen. Bei Polyneuritis stärkere Beteiligung sensibler Nerven, Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämmе, Entartungsreaktion. **Therapie:** Warme Bäder, Antipyretica, Schwitzkuren, Narkotica. Später Massage, Orthopädie. Guttmann.

**Myotonia congenita.** Syn. Thomsensche Krankheit. Seltenes, sicher kongenital angelegtes, meist familiäres Leiden. **Ätiol.:** Ausser der Heredität u. häufigen neuropathischen Dispositionen unbestimmt. **Pathol. Anat.:** Regelmässig nur Befunde in der Muskulatur. Fasern meist hypervoluminös ohne Degeneration, mit Zunahme der Kerne an Zahl u. Grösse. Gelegentlich aber auch das Bild degenerativer Atrophie. **Sympt.:** Meist enorm entwickelte, athletische Körpermuskulatur mit relativ geringer Kraftentfaltung; vor allem beim Beginn jeder Bewegung (Springen, Händedruck) tonische Anspannung der entsprechenden Muskeln, so dass die Bewegung nur ganz langsam sich vollzieht; nach mehrmaliger Wiederholung geht sie dann mit normaler Geschwindigkeit vor sich; Kälte, Erregung wirkt steigernd auf die Störung. Beklopfen der Muskeln (Zunge!) führt zu stehenbleibender, tonischer Contraction. Elektrisch zeigt der Muskel sog. „myotonische“ Reaktion: schon bei schwachen Strömen tonische lang nachdauernde Contraction. — Meist reines Muskelleiden. Nicht ganz selten das gleiche Krankheitsbild mit atrophischer Muskulatur. **Therapie:** Aussichtslos. Konsequente Gymnastik. S. Schoenborn.

**Myxoedem.** **Ätiol.:** Angeboren (cf. Kretinismus) oder erworben durch Erkrankungen (Struma) oder operative Entfernung der Schilddrüse. **Sympt.:** Schwellung u. gelbliche Verfärbung der Haut u. Schleimhäute von eigenartigem Charakter, manchmal Exantheme, Oedeme, Speichelhypersekretion, Haarausfall. Nervöse Störungen: Paresen, Zuckungen, Neuritiden, Parästhesien, Ataxie in Gang u. Haltung, Tremor, Muskelatrophien. Allgemeine Kachexie. **Diff.-Diagnose:** Abortivformen können mit chronischen konstitutionellen Erkrankungen (Lungen-, Herz-, Leber-, Nierenleiden) verwechselt werden. **Therapie:** Schilddrüsenpräparate (S. 291) oder operative Einpflanzung fremder Schilddrüsen. L. W. Weber.

**Myxoma chorii.** Blasige Degeneration der Chorionzotten in Form hirsekorn- bis haselnussgrosser, durch feinste Stiele miteinander verbundener, mit heller Flüssigkeit gefüllter, vom Chorion entspringender Blasen. **Ätiol.:** Noch unklar; zweifelhaft ob Wachstumsreiz des Zottenepithels von Mutter oder vom Ei ausgeht. **Sympt.:** 1. Uterus grösser als der Schwangerschaftsdauer entspricht; Fehlen von Kindsteilen, Kindsbewegungen u. Herztönen. 2. Blutungen oder blutig-wässriger Aus-

fluss. 3. Anämie, hochgradige Entkräftung (Albuminurie, Hydrops, Cyanose). Zumeist erfolgt im 3.—5. Monat spontane Ausstossung der Mole, in toto oder stückweise. **Therapie:** Bei mässigen Blutungen Spontangeburt abwarten; bei vorgeschrittener Geburt vorsichtige Expression von oben. Bei bedrohlichen Blutungen sorgfältige Ausräumung mit halber oder ganzer Hand (cave Curette!) ev. mit nachfolgender Tamponade; danach Secale (Rp. 98, 99), Wegen Befürchtung maligner Degeneration (Syncytioma\* malignum; in ca. 15% der Fälle) mehrjährige genaue Kontrolle, namentlich wenn Fluor oder Blutungen auftreten. Kayser.

**Myxoneurosis intestinalis.** *Ätiol.:* Spastische Obstipation, meist mit sekundären Darmkatarrhen; allgemeine Nervosität. *Sympt.:* Bei Enteritis membranacea Ausstossung von röhrenförmigen Schleimausgüssen des Darms; bei Colica mucosa von einfachen Schleimfetzen. In beiden Fällen krampfartige Schmerzen, lange anhaltender Stuhl drang. *Diff.-Diagnose:* Ähnliche Prozesse (selten) auch bei Rectumcarcinom (Digitaluntersuchung, Rectoscopie!). *Therapie:* Im Anfall Wärme (Kataplasmen, Priessnitz usw.); Belladonna (Rp. 144) oder Opium. In der anfallsfreien Zeit Allgemeinbehandlung wie bei Obstipatio\* spastica. Ev. Lokalbehandlung mit Tannin-einläufen (cf. Enteritis chronica) oder Kamillen- resp. Ölklystiere. Beuttenmüller.

**Nabelerkrankungen Neugeborener.** Der Nabelschnurrest soll am 3.—6. Lebenstage abfallen, die entstandene Wunde soll sich innerhalb weniger Tage überhäuten. Bei längerer Eiterung kann Granulationswucherung bestehen bleiben, die sich mehr u. mehr vergrössert (Fungus umbilici). Oder Nabelwunde vergrössert sich ulcerös (Ulcus umbilici), u. bei Infektion mit Eitererregern wird das umgebende Bindegewebe ev. bis zum subperitonealen Bindegewebe ergriffen, so dass Nabelring von einer geröteten Geschwulst umgeben ist (Nabelentzündung, Omphalitis). Bei vollständiger Gangrän des Nabels sehr rasch Peritonitis u. Exitus. Der infektiöse Prozess kann auch auf dem Wege der Arterien bzw. Venen in den kindlichen Körper vordringen (Arteriitis bzw. Phlebitis umbilicalis). *Komplik.:* Fungus u. Ulcus können ohne weitere Störungen bestehen. Bei tiefer gehenden Nabelentzündungen Unwohlsein, ev. Fieber. Bei Arteriitis u. Phlebitis umbilicalis ev. pyämische\* Symptome, der Nabel eitert trotz sorgfältiger Therapie weiter. *Therapie:* Alle infizierende Stoffe von der Nabelwunde fernhalten. Austrocknung befördern (trockner luftdurchlassender Verband!). Bei Fungus Abtragung mit Schere, trockner Verband der granulierenden Wundfläche mit Dermatol.

Bei allen Entzündungen der Nabelwunde ebenfalls trockner Verband, Behandlung mit Pulvern aus Acid. salicyl. oder Natr. benzoicum gemischt mit Amylum oder Talcum. Auch Dermatol. Vorsicht dagegen geboten mit allen Desinficientien, bes. Carbol oder Jodoform.

Fromme.

**Nabelschnurvorfal.** Wenn vorliegender Kindsteil Beckeneingang nicht völlig abschliesst, gleitet Nabelschnur beim Blasensprung leicht in die Scheide herab. *Ättol.*: Enges Becken, Querlage, Hydramnion, Fusslage, zusammen mit abnormer Länge der Nabelschnur oder tiefem Sitz der Placenta. Bei Kopflage mit N. liegt fast immer enges Becken vor. *Diagnose*: Man fühlt bei Untersuchung nach dem Blasensprung in der Scheide (gewöhnlich in der Gegend einer Kreuzdarmbeinfuge!) die pulsierende Schnur. (Fühlt man bei noch stehender Blase in dieser die pulsierende Schnur, so spricht man von Vorliegen der Nabelschnur). Bei noch nicht in das Becken eingetretenem vorliegendem Kindsteil soll man daher nach Blasensprung immer innerlich untersuchen, ob die Schnur nicht vorgefallen ist. *Prognose*: Für Kind bei Schädel- u. Gesichtslagen schlecht, da bei tiefer tretendem Schädel die Schnur komprimiert wird. Besser bei Steiss- u. Fusslage, am günstigsten bei Querlage, solange vorliegende Schulter nicht ins Becken eintritt. *Therapie*: Bei vorliegender Schnur: Lagerung der Frau auf diejenige Seite, welche der vorliegenden Schnur entgegengesetzt ist. Bei vorgefallener Schnur: Bei Kopflagen u. ganz oder beinahe ganz erweiterten Weichteilen Wendung auf den Fuss (ev. bis zur Ausführung des Eingriffes Frau in Knieellenbogenlage lagern!). Bei engen Weichteilen Wendung allein u. langsame Extraktion oder Reposition der Schnur in Seitenlage, bei sehr engem Muttermund Hochschieben der Schnur u. Einlegen eines kleinen Metreurynters in den Uterus. Oder kombinierte Wendung. Ist Kopf bei N. ins Becken eingetreten u. lebt das Kind noch, dann Zange. Bei Steisslagen Herabholen des vorderen Fusses u. langsame Extraktion. Bei Fusslagen erst Extraktion, wenn Puls in der Nabelschnur langsam wird. Bei Querlagen u. noch nicht erweitertem Muttermunde ruhiges Abwarten, bis Weichteile völlig oder beinahe völlig erweitert sind, dann Wendung auf den Fuss u. Extraktion. Alle Eingriffe nur indiziert, wenn Herztöne beim Kinde noch vorhanden.

Fromme.

**Naevi.** Fötale Anlage; entweder gleich nach Geburt bemerkbar oder in der Haut „schlummernd“ u. erst nach zufälliger Gelegenheit in Erscheinung tretend. *Sympt.*: Oberfläche glatt (N. spili) oder höckerig (N. verrucosi) oder mit Haaren besetzt (N. piliferi), cf. Angioma. Die N. sind dunkel

bis schwarz (Melanome) gefärbt, mehr weniger zahlreich, zuweilen über grossen Teil des Körpers ausgebreitet (tierfellähnliche, schwimmhosenartige, Riesen-N.); andere Male den Spaltbarkeitsrichtungen der Haut folgend (systematisierte N., Nerven-N., N. unius lateris s. lineares). Da sie schon intrauterin säulenförmige oder alveolär angeordnete Zellennester im Corium besitzen, besteht Gefahr maligner Degeneration zu Carcinomen. **Therapie:** Exstirpation: noch besser Elektrolyse (cf. Verrucae). Auch Radium. Bei kleinen N. Versuch mit 10% Sublimat-Collodium.

M. Joseph.

**Nagel- u. Nagelbetterkrankungen.** Meist als Teilerscheinung eines allgemeinen Krankheitsprozesses.

**Ekzema unguale.** Nagelbett bildet Wulstungen, wodurch in der Nagelplatte quer verlaufende Täler u. Wälle entstehen; meist zugleich schmerzhafte Entzündung des Nagelfalzes.

**Koilonychia.** Löffelnägel. Hier sind die Nägel ausgehöhlt, Konkavität nach oben, Konvexität nach unten.

**Leukonychia.** Sämtliche Fingernägel schneeweiss, so dass man ein Polierpulver (Rp. Carmini 0,5, Stannii oxydati 30,0) verwenden muss. Selten.

**Leukopathia unguium.** Querverlaufende parallele schneeweisse Streifen infolge von Luftinfiltration.

**Nagelgangrän** bei Raynaudscher Erkrankung.

**Onychia maligna.** Geschwürbildung unter dem freien Nagelrande bei Tuberkulose. Geschwür leicht blutend u. fötiden Eiter absondernd ev. bis zur Nagelwurzel sich ausdehnend. Chirurgisch zu behandeln.

**Onychia syphilitica.** Betrifft Nagelbett oder Nagelmatrix. Im ersteren Falle löst sich der in seinem vorderen Teil fahl u. graugelb verfärbte u. durch scharfe Demarkationslinie vom gesunden getrennte Nagel schmerzlos ab; bei Beteiligung der Nagelmatrix verlieren Nägel Glanz u. Farbe, werden gelb, verdickt, bröckelig u. splintern leicht ab. **Therapie:** Antisyphilitische Behandlung.

**Onychoatrophie.** Kongenital, häufig zugleich mit Alopecia congenita, oder erworben nach Typhus, Tabes, Sklerodermie, diffuser Hautatrophie; auch gewöhnlich bei Färbern.

**Onychogryposis.** Krallenbildung, bedingt durch Hypertrophie im Längenwachstum u. operativ zu entfernen.

**Onychomykosis.** Pilzansiedlung im Nagel. Bei **O. tonsurans** Nägel gelblich weiss, aufgeblättert, mit reichlichen Einrissen; der ganze Nagel mit seinen zahlreichen Mycelien u. Gonidien des Trichophyton tonsurans ist verdickt. Bei **O. favosa** im getriebten u. brüchigen Nagel schwefelgelbe Einlagerungen mit zahlreichen Mycelien des Achorion Schoenleinii. Bei **O. blastomycetica** in den brüchigen, verdickten, mit Unebenheiten be-

deckten, grünschwarzen Nägeln zahlreiche Hefepilze. **Therapie:** Röntgenbestrahlung mit voller Erythemdosis.

**Paronychia.** Entzündung des Nagelfalzes, verursacht durch vermehrtes Wachstum in der Querrichtung. Nicht selten bei Diabetes an der grossen u. kleinen Zehe oder bei Tuberkulose durch direkte Inokulation. Cf. Unguis incarnatus.

**Paronychia syphilitica.** Bedingt durch geschwürigen Zerfall von Papeln, Pusteln oder Gummata am seitlichen oder hinteren Teile des Nagelfalzes. **Therapie:** Antisyphilitische Behandlung.

**Platonychia.** Nägel in mehreren Generationen abgeplattet.

**Psoriasis unguium.** Nägel trocken, opak, brüchig, zeigen Tüpfelungen wie ein wurmstichiges Holzstück. **Therapie:** Röntgenbestrahlung.  
M. Joseph.

**Narbenbehandlung.** Vorbedingung einer schönen, wenig sichtbaren Narbe ist, dass, abgesehen von der selbstverständlichen Asepsis, bei Anlegung der Wundnaht die Epidermiränder der Wunde genau aneinander gelegt werden, ferner, dass keine Spannung besteht, die infolge der jeder Narbenheilung folgenden Schrumpfung zu Beweglichkeitsbehinderungen an Gelenken oder Verzerrungen, wie bei Ektropium, führen könnte. Wenn dies der Fall, so müssen plastische Operationen gemacht werden. Zur Erzielung glatter Narben Nähte nicht allzulange liegen lassen. Auch Jodpinselungen empfohlen, ferner Fibrolysin u. Thiosinamin wie bei Keloid\*. Cf. Narben- u. Dupuytrensche Contractur.  
Kaposi.

**Narbencontracturen.** **Ätiol.:** Ulcerationen der Gewebe, Traumen, die zum Substanzverlust geführt haben (Verbrennung usw.). **Sympt.:** Je nach Tiefe, Ausbreitung u. Örtlichkeit verschieden. Meist abnorme Stellung, z. B. cicatricielles Caput obstipum, cicatricieller Klumpfuß usw.; ferner Bewegungsstörungen (Flexionscontractur, wenn Narbe über ein Gelenk hinwegzieht usw.). **Therapie:** Richtet sich nach Tiefe u. Ausbreitung der Narben, also des Substanzverlustes. Bei leichteren Formen Versuch medico-mechanischer Behandlung, wobei zu beachten, dass noch sehr lange nach Korrektur Neigung besteht, in Contracturstellung zurückzukehren. Versuch mit Fibrolysin (Rp. 184). Bei Erfolglosigkeit Excision der Narbe u. Ersatz des verlorenen Gewebes durch Plastiken verschiedenster Art. Cf. Ankylosen, Narbenbehandlung. Leser.

**Nasenbluten.** **Ätiol.:** Traumen äusserer oder innerer Art (Operationen). Platzen von gewöhnlich schon dilatierten Gefässen (fast immer vorn an knorpeliger Nasenscheidewand, sog. Locus Kiesselbachii), u. zwar infolge von starkem Schneuzen, Niesen, Blutandrang nach dem Kopfe, entzündlicher Hyperämie; häufig dieselbe Ursache öfters wiederkehrend (ha-



bituelles bzw. periodisches N.). Arteriosklerose. Anaemia simplex u. perniciosa. Chlorose. Leukämie. Hämophilie. Morbus maculosus Werlhofii. Skorbut. Malaria. Erosionen u. Ulcera der Nasenschleimhaut. Gefässreiche Polypen am Locus Kiesselhachii, sog. blutende Septumpolypen. Zuweilen bei Nierenleiden als Vorbote des urämischen Anfalls. Plethora abdominalis. Bei Menstruationsstörungen mitunter vikariierendes Nasenbluten. Blutungen aus Stauungshyperämie der Nasenschleimhaut (unkompensierte Herzfehler, komprimierende Halsgeschwülste, Keuchhusten). *Sympt.:* Vorwiegend einseitige, aber auch doppelseitige Blutentleerung; Stärke verschieden, von leicht streifenförmigen Beimengungen zum Nasensekret oder tropfenweiser Entleerung bis zum kontinuierlichen Strome oder pulsierendem Strahl. Auch Abfließen nach hinten durch die Choanen; alsdann entweder Entleerung aus dem anderen Nasenloch nach Umfließen des Septums oder Herabrieseln an der hinteren Rachenwand mit Ausspeien oder Verschlucken oder (bei Bewusstlosen) Aspiration in die Luftwege. In der Nasenhöhle Gerinnselbildungen, die bei Niesen oder Schneuzen entleert werden, auch mitunter nach Aufhören der eigentlichen Blutung das entleerte Nasensekret rot färben. Häufig vor der Blutung Schwindel, Hitze im Gesicht, Kopfdruck, Wallungen, Ohrgeräusche; mit Eintritt der Blutung Aufhören dieser Beschwerden gewöhnlich. *Komplik.:* Magenstörungen infolge verschluckten Blutes, namentlich Gerinnsel. Aspirationspneumonien nach Herabfließen in die Aufwege bei Bewusstlosen. *Diff.-Diagnose:* Unterscheidung ob Blutung aus der Nasenhöhle stammt oder aus benachbarten Teilen, wie Rachen, Nasenrachen usw. Genaue Rhinoskopie, Abtupfen etwaiger verdächtiger Stellen, Lage und Sitz der Gerinnsel. *Therapie:* Partielle Tamponade von vorn durch Aufdrücken von Watte auf blutende Stelle u. Liegenlassen, wenn nötig zur besseren Kompression Nachführen weiterer Wattestücke auf die vorhandenen, ohne letztere zu entfernen. Genügt das nicht, so totale Tamponade der ganzen Nasenhöhle von vorn u. durch die Choane mit Bellocqueschem Röhrchen (Vereinigung der beiden Fadenenden vor dem Munde). Totale Tamponade nur im Notfalle u. möglichst nicht länger als 24 Stunden, da sehr lästig u. wegen Sekretverhaltung leicht zu akuter Otitis media führend. Nach Stehen der Blutung Zerstörung der betreffenden Stelle unter Cocain (zur Vorbeugung von Wiederkehr) mittels Galvanokauter oder Chromsäure (Krystall an Sonde angeschmolzen) oder Trichloressigsäure (konzentrierte Flüssigkeit auf kleinem Wattebausch). Auch diese Verschorfung häufig bei kleinen Blutquellen als sofortige Stillung; hinterher Watteauflagerung oder Streupulver (Rp. 4).

Cave Ferrum sesquichloratum wegen starker ausgedehnter Verätzungen. Allgemein: Niederlegen mit erhöhtem Oberkörper; Gesicht leicht nach vorn neigen, damit kein Abfluss durch Choanen. Ruhe. Nicht Schneuzen. Kühlende Getränke, kühle Zimmertemperatur, frische Luft. Lösen beengender Kleidungsstücke, namentlich des Halskragens. Zu vermeiden: Aufschrauben von kaltem Wasser oder Eisstückchen, welche die Gerinnung hindern bzw. gebildete Coagula lösen. Bei allgemeiner Ursache möglichste Behebung derselben. Regelung der Lebensweise, namentlich Sorge für leichte Verdauung.

Max Senator.

**Nasenekzem.** Akut u. chronisch; nur auf der Epidermis, mithin ausschliesslich am Naseneingang, daher Ekzema introitus nasi. Eigentliches Ekzema, Folliculitis u. Furunculosis. *Ätiol.:* Bei Ekzem meist Reizung durch herabfliessendes Nasensekret (Rhinitis acuta\* oder chronica\*); sehr selten äussere mechanische oder chemische Reize. Bei Folliculitis u. Furunculosis Eindringen von Eiterbakterien in Haarbälge bzw. Hautdrüsen. *Sympt.:* Bei Ekzem Rötung, Verdickung, Schrunden, Krusten, Einrisse am vorderen u. hinteren Winkel des Nasenloches; bei längerem Bestehen entstellende Verdickungen. Bei Folliculitis u. Furunculosis Eiterbläschen, einzeln, in Gruppen oder konfluierend, beim Platzen Eintrocknen zu gelben Krusten (Ekzema crustaceum). Allen gemeinsam Juckreiz, Schmerzhaftigkeit gegen Berührung, Gefühl von Wundsein u. Spannung. *Komplik.:* Ausbreitung auf Oberlippe u. sonstige Nachbartheile. Gesichtserysipel. *Diff.-Diagnose:* Nasentuberkulose\* (Skrofulose). *Therapie:* Behandlung ev. Ursachen. Loslösen der Krusten durch Wattestücke, die mit reinem Olivenöl getränkt sind. Bei Eiterung Spaltung der Abscessbläschen oder Auflegen von Wattestücken, die mit essigsaurer Tonerde oder Sublimatlösung (1:2000) getränkt sind. Bei trockner Affektion indifferente Salben wie Coldcream, Byrolin, Vaseline, Unguentum boricum oder auch Unguentum diachylon, Ungt. hydrargyri praecipitatum album oder rubrum. Salbe muss stets die betreffenden Stellen völlig bedecken, daher dick auftragen u. oft wiederholen. Cave Auftragen oder gar Einreiben mittelst Finger oder Glasstab, welche von neuem mechanisch reizen; vielmehr stets Aufstreichen mittels Wattestückchen u. längeres Liegenlassen der salbehaltigen, genügend grossen Wattestücke in den Nasenlöchern. — Cf. Ekzem.

Max Senator.

**Nasengeschwülste.** Nicht gerade häufig. Gutartig: Lipome, Angiome, Lymphangiome, Cysten, Chondrome, Osteome, Papillome, Adenome. Bösartig: Sarkome, Carcinome (letztere gewöhnlich von der Kieferhöhle ausgehend u. auf

Nase hinüberwuchernd). *Ätiol.*: Meist unklar; bei Cysten öfters Retention, oder von Zähnen ausgehend (Zahncysten, gewöhnlich vorn am Nasenboden). *Sympt.*: Je nach Sitz u. Grösse, sowie Benignität oder Malignität verschieden. Mitunter symptomlos, sonst Atmungserschwerung, Mundatmung, Kopfschmerz, Benommenheit des Kopfes, Blutstauungen, Blutungen, Riechbehinderung, Neuralgien durch Druck auf Nerven, stärkere schleimige oder eitrig-schleimige Sekretion. Bei bösartigen Geschwülsten Zerstörungen mehr minder grosser Nasenpartien, Auftreibungen u. Entstellungen des Gesichtes. *Komplik.*: Infolge der Atmungsbehinderungen Katarrhe des Rachens, Kehlkopfs, der Luftröhre. Bei malignen Tumoren Zerstörungen benachbarter Gesichtsteile u. Sinnesorgane (Auge, Ohr) mit Erblindung u. Ertaubung, Hineinwuchern in das Schädelinnere mit cerebralen örtlichen oder allgemeinen Störungen. *Diff.-Diagnose*: Feststellung, ob Geschwulst von Nase oder benachbarten Organen ausgeht (Sondenuntersuchung, genaue Rhinoscopia ant. u. post., ev. nach Cocainisierung); Charakter der Geschwulst namentlich ob gutartig oder bösartig (histologische Untersuchung excidierter Probestücke). Nasenpolypen\*, Schleimhautschwellungen, bes. der Muschelenden bei Rhinitis chronica\*. Tumorartige Form der Nasentuberkulose\* u. Nasensyphilis\*, Nasenscheidewand-Abscesse\*. *Therapie*: Möglichst ausgiebige Entfernung. Intranasal nur, wenn gutartig; ev. stückweise Abtragung; Möglichkeit richtet sich auch nach Grösse u. Sitz. Sonst u. stets bei bösartigen extranasal auf grosschirurgischem Wege.

Max Senator.

**Nasenpolypen.** Fibrome mit oedematöser Durchtränkung des Gewebes, ev. mit Cystenbildung, auch Adenofibrome (mit reichlichen Drüsen); deshalb Fibroma oder Adenofibroma oedematodes simplex bzw. cysticum. *Ätiol.*: Nicht immer festzustellen; oft dauernde Reizung durch chronische Katarrhe u. namentlich Berieselung durch Sekret bei Nebenhöhleneiterung (bes. Siebbeinaffektionen). Deshalb stets sorgfältige Nebenhöhlenuntersuchung dringend erforderlich! *Sympt.*: Gallertartige, feucht-weiche, gestielte Geschwülste (Fibroma gelatinosum, Gallertfibrom) von grauer, auch graugelber, undurchsichtiger meist transparenter Färbung; erbsen- bis taubeneigross, mitunter zur Nase herausragend; vorwiegend im mittleren u. oberen Nasengang oder am Rande der mittleren Muschel sitzend, selten an Nasendach oder Nasenscheidewand, abgesehen vom sog. blutenden Septumpolypen (cf. Nasenbluten); ein- u. doppelseitig, fast nie einzeln, gewöhnlich zu mehreren, oft einen anderen zurückdrängend u. verdeckend. Form je nach Sitz u. Umgebung wechselnd, rundlich, blattförmig, kolbig, keulenartig, hahnenkammähnlich u. a. Stärkere schleimige

bis schleimig-eitrige Sekretion der Nase. Erweiterung der Nasenhöhle durch Druckatrophie der Schleimhäute. Niemals Foetor; dieser stets Zeichen von Komplikationen, bes. Nebenhöhleneiterungen, Kopfschmerzen oder Eingenommenheit des Kopfes. Störungen des Riechens u. Schmeckens. Nasenverstopfung mit Störungen der Nasenatmung u. deren Folgen; selten Auftreibungen der äusseren Nase. **Komplik.:** Reflexneurosen durch Nasenreizung, wie Asthma nervosum\*, Rhinitis vasomotoria. Infolge der verlegten Nasenatmung u. erzwungenen Mundatmung Katarrhe des Rachens, Kehlkopfes, der Luftröhre u. Bronchien, Bronchitis chronica mit Emphysem, Asthma bronchiale (letzteres zwar nicht immer direkte Komplikation infolge der N., aber sehr oft beide Affektionen zugleich vorkommend u. Asthma durch das Respirationshindernis stets verschlimmert). Ohraffektionen durch ungenügende Ventilation auch Verlegung des Tubenostium, meist sog. trockner Mittelohrkatarrh. Nebenhöhleneiterung, nicht Komplikation des Polypen, sondern umgekehrt ätiologischer Faktor; aber gewöhnlich gegen das klinische Bild des Polypen anfangs zurücktretend; daher stets auf Eiterbildung u. Nebenhöhlenerkrankung gleichsam als Komplikation genauestens fahnden! **Diff.-Diagnose:** Schleimhauthypertrophien, bes. polypoide der Muschelenden bei Rhinitis chronica\* (Cocainisieren); sonstige Nasengeschwülste (Verwechslung selten wegen charakteristischer Beschaffenheit der Nasenpolypen, histologische Untersuchung). Tumorartige Form der Nasentuberkulose\* u. Nasensyphilis\*. Unterscheidung, ob Polyp wirklich in Nasenhöhle entspringt oder in Nebenhöhlen (Kieferhöhle) oder Nasenrachen. Genaueste Rhinoscopia ant. u. post., ev. nach Cocainisierung (zur Abschwellung der Schleimhäute u. besseren Übersicht), Sondierung. **Therapie:** Entfernung der Nasenpolypen unter Leitung der Rhinoscopia mittels kalter oder galvanokaustischer Drahtschlinge; kleinere oder schlecht zugängliche mittels gracilar fassender oder schneidender Instrumente (Conchotome); nie blind operieren, stets unter Leitung des Auges. Möglichst hoch oben an der Insertionsstelle mit Wurzel entfernen; gelingt aber nicht immer, daher Wiederwachsen sehr häufig. Trotz bester Operation nie sicher vor Rezidiven. Blutung gewöhnlich erheblich, steht aber bald, daher Tamponade selten erforderlich. Zur Nachbehandlung Ruhe, Vermeiden erhitzender Getränke, heftiger Bewegungen; keine beengenden Kleidungsstücke (Halskragen). Wegen Menge der Polypen u. Blutung meist wiederholte Operationssitzungen nötig.

Max Senator.

### Nasenscheidewand, Abscess u. Hämatom. Ätiol.:

Fast stets Trauma; Bluterguss, der eigentlich immer durch

Bakterieneinwanderung (von Nase aus oder auf Blut- u. Lymphbahn) vereitert; äusserst selten Metastase bei Infektionskrankheiten (Influenza), Kontinuitätsinfektion bei Rhinitis, Erysipel, Zahneiterungen. **Sympt.:** Gewöhnlich beiderseitig rote Schleimhautwülste am unteren vorderen Ende der Scheidewand, die Nasenlöcher verlegend. Nasenrücken aufgetrieben im unteren Teil, manchmal als fluktuierender Tumor erscheinend. Schleimhautwülste mit der Sonde leicht eindrückbar, häufig von einer Seite zur anderen fluktuierend, oder nach dem Tumor des Nasenrückens. Behinderung der Nasenatmung, Fieber bei traumatischem Ursprung mässig, bei Infektionskrankheiten usw. oft sehr hoch mit schwereren Allgemeinerkrankungen. Bei längerem Bestehen nach spontanem Durchbruch des Eiters an der betreffenden Stelle oft wie ulcerierend aussehende, eiternde, granulierende Schleimhaut über nekrotischem Knorpel. **Komplik.:** Bei Trauma oft Luxationen u. Frakturen (gleichzeitig entstanden) der Scheidewand. Bei Infektionskrankheiten usw. Komplikationen allgemeiner Natur, wie Sepsis. Nekrose von Knorpel- oder Knochen teilen. Bei grösseren Scheidewanddefekten mit der Zeit mitunter Einsinken des Nasenrückens. **Diff.-Diagnose:** Verwechslungen kaum möglich (Rhinoscopia ant. ev. nach Cocainisierung, Sondenuntersuchung, Anamnese). Scheidewandgeschwülste\*. Nasenpolypen\*. Schleimhautschwellungen. Bei länger bestehendem ulcusähnlichem Zustand Nasensyphilis\*, Nasentuberkulose\*. **Therapie:** Unter Cocain Spaltung auf einer oder beiden Seiten zur Entleerung des Blutes oder Eiters. Reposition etwaiger dislozierter Knorpel- oder Knochenstücke bei Luxationen oder Frakturen. Entfernung von nekrotischen Skeletteilen (Sondenuntersuchung). Gegen Wiederansammlung wird ein Stück der Schleimhaut an den betreffenden Stellen excidiert. Einlegen von lockerer Gaze (steril, Dermatol, nicht Jodoform wegen Reizung durch Geruch). Ruhe usw. wie bei Nasenbluten\*.

Max Senator.

**Nasenscheidewand, Anomalien.** Ein- u. doppelseitig; oft verschiedengradig. Strenggenommen ist eine wirklich normale Nasenscheidewand äusserst selten. **Ätiol.:** Wachstumsunregelmässigkeiten (daher stets in den Entwicklungsjahren entstehend). Traumen (Luxationen, schlecht geheilte Frakturen, Verbiegungen). Verdrängungen durch Geschwülste oder raumbegrenzende Prozesse nachbarlicher Gebilde (Knochenblasen der mittleren Muschel). **Sympt.:** Vorwiegend knorpelige Scheidewand (Vomer) befallen. Auflagerungen meist an seinem oberen Rande in Form von ziemlich horizontaler Leiste (Crista), Dorn (Spina), Spangen, dachförmigen Platten verschiedener Gestalt u. Ausdehnung; mehr minder weit nach hinten reichend u.

desgl. das Nasenlumen einnehmend; in besonders ausgesprochenen Fällen die gegenüberliegenden Muscheln berührend u. beengend. Verbiegungen der knorpeligen aber auch knöchernen Scheidewand, entweder nur nach einer (konvexen) Seite, u. in der anderen (konkaven) Nasenhälfte desto mehr Raum lassend, oder doppelte S-förmige Verbiegung, oder auch ganz unregelmässig. Häufig Verbiegung mit aufsitzender Leiste oder ähnlichen Kombinationen. Abweichen des unteren Knorpelrandes von der Mittellinie und Hineinragen in eine Nasenhälfte (Luxation). Knickungen oder mehr vertikal gestellte Leisten, indessen auch horizontale (Heilungen nach Traumen), gewöhnlich ganz unregelmässig gestaltet. Mitunter, namentlich nach Traumen, auch äusserliche Formenveränderungen der Nase sichtbar. Je nach Grösse, Gestalt und Sitz Behinderung der Nasenatmung verschiedener Stärke. Kopfschmerz. Eingenommenheit des Kopfes. Störungen des Riechens u. Schmeckens.

**Komplik.:** Nach frischen Traumen Abscess oder Hämatom der Scheidewand (S. 385). Infolge behinderter Nasen- u. erzwungener Mundatmung Katarrhe des Rachens, Kehlkopfs, der Luftröhre u. Bronchien. Ohraffektionen durch ungenügende Ventilation des Tubenostiums, meist sog. trockner Mittelohrkatarrh. Rhinitis vasomotoria\*, Asthma nervosum\* (Vorsicht!).

**Diff.-Diagnose:** Verwechslungen kaum möglich, allenfalls mit Geschwülsten der Nasenscheidewand. Rhinoscopia ant., Sondenuntersuchung, ev. Cocainisierung zur Anschwellung u. Übersichtlichmachung der Weichteile. **Therapie:** Operation nur bei wirklicher Indikation, d. h. Luftbehinderung; oft wird ohne genügende Indikation operiert, wo die eigentliche Luftbehinderung durch Eingriffe an anderen Teilen, z. B. den Muscheln zu beheben wäre oder wo die Scheidewandanomalie zu Unrecht als Erreger ferner Reflexwirkungen (Asthma, Menstruationsstörungen usw.) angesehen wird. Gegebenenfalls Abtragung unter Cocain, das als 10—20% Lösung aufgefinselt oder als  $\frac{1}{2}$ —1% Lösung submucös eingespritzt wird; beides wegen Blutstillung mit Zusatz von Adrenalin (Suprarenin, Paraneprin). Abtragung bei kleineren oder schmal aufsitzenden Leisten zugleich mit der Schleimhaut, bei grösseren oder breitbasigen unter Schonung der Schleimhaut (d. h. vorheriger Abpräparierung) submucös, mittels Skalpell, Meissel, Säge, Knochenzangen, galvanokaustischer Durchtrennung usw. Elektrolyse heute fast allgemein wegen unsicherer Wirkung u. unverhältnismässiger Dauer verlassen. Bei Verbiegungen, Luxationen usw. submucöse Resektion des unregelmässigen Knorpel- u. Knochenstückes (Killiansche Septum-Resektion). Wegen schwieriger Operationsverhältnisse Erfolg oft unvollkommen, sowohl bezüglich der völligen Abtragung, wie auch Erhaltung der

Schleimhaut (bei submucösen Operationen). Stets nur unter genauester Leitung des Auges operieren, cave Perforationen der Scheidewand (gelegentlich trotz besten Operierens nicht zu vermeiden). Zur Nachbehandlung gewöhnlich Nasentamponade wegen Blutstillung, aber nicht länger als 24 Stunden (Otitis media acuta durch Sekretstauung!), Ruhe, Vermeiden von erhitzenen Getränken, kühle Zimmertemperatur, nicht Schneuzen, keine beengenden Kleidungsstücke, namentlich Halskragen. Offener Leib. Streupulver (Rp. 4, 6). Bei frischen Frakturen Reposition der verlagerten Teile u. Fixieren durch sterile (auch Dermatol-) Gaze (Jodoform nicht wegen Reizung durch Geruch).

Max Senator.

**Nasensyphilis.** Vorwiegend im Sekundär- u. Tertiärstadium, aber auch Initialsklerose der Nase. *Ätiol.:* Allgemeininfektion. Bei den sehr seltenen Initialsklerosen direkte Kontaktübertragung. *Sympt.:* Bei Sekundärstadium anfangs getrennte, scharf begrenzte, rote Schleimhautflecken (Erythema syphiliticum), die später konfluieren u. dasselbe Bild wie Rhinitis acuta\* bieten; alsdann leichte Trübung auf der Röte wie nach Lapisätzung (Ephitelnekrose) u. leichte Erosionen. Papeln häufig an Epidermis des Naseneinganges, namentlich am hinteren Nasenlochwinkel; nach Zerfall Rhagaden, oberflächliche Ulcera. Starke Sekretabsonderung, erschwerte Nasenatmung, Kopfschmerz. Bei Säuglingen (Coryza syphilitica hereditaria neonatorum) schwere Schädigungen durch Störungen des Schlafes, der Nahrungsaufnahme u. Respiration. Bei tertiärem Stadium Gummata der nasalen Weichteile und des Skelets mit baldigem Zerfall u. Zerstörung der ergriffenen Bezirke; vorwiegend an knöcherner Scheidewand, indes auch an den anderen Nasenteilen. Starke Rötung u. Schwellung des Naseneinganges und der Schleimhaut, auf letzterer eitriges, selbst jauchiges, hämorrhagisches Sekret. Im Innern meist Granulationen und Ulcera von wechselnder Grösse u. Gestalt mit speckigem Grunde u. scharfen Rändern (oft versteckt durch Schleimhautschwellung, nur durch Sonde auffindbar), häufig in ihrer Tiefe rauher, nekrotischer Knochen fühlbar. Vielfach spontane Entleerung nekrotischer Knochen; wo Knochennekrose vorhanden, fauliger bis aashaltiger stinkender Foetor. Bei ungehindertem Weiterschreiten allmähliche Zerstörung u. Atrophie der ganzen Nasenhöhle mit Borkenbildung, Löcher der Scheidewand, syphilitischer Sattelnase (infolge von Bindegewebsschrumpfung), Perforationen des Nasenbodens bzw. des Gaumens mit Kommunikation zwischen Nase u. Mundhöhle. Dumpfer, heftiger Kopfschmerz namentlich in der Stirn, bohrende Schmerzen in der Tiefe der Nase sowie im Trigenusgebiet. Abnahme, sogar Verlust des Riechvermögens u.

Schmeckens. Verlegte Nasenatmung, gestörtes Allgemeinbefinden. Ungenügender Schlaf, Appetitlosigkeit. **Komplik.:** Syphilitische Affektionen anderer Körpergegenden, vorwiegend des Mundes u. Rachens, wo häufig versteckte Ulcera (stets Rhinoscopia posterior!). Bei vorgeschrittener tertiärer Form auch Übergreifen durch Lamina cribrosa auf Schädelinneres mit Krämpfen, psychischen Störungen, ja selbst Exitus letalis.

**Diff.-Diagnose:** Allgemeinuntersuchung (stets erforderlich) Wassermannsche Reaktion, Spirochaete pallida, Nutzen spezifischer Therapie. Im Sekundärstadium Rhinitis acuta\* u. chronica\*. Nasenekzem. Im Tertiärstadium Nasentuberkulose\*. Für diese Sitz an knorpeliger Scheidewand typisch, für Syphilis an knöcherner (aber auch Mischformen). Rotz. Sarkom. Bei Atrophie des Naseninnern mit Borkenbildung Ozaena\* (bei dieser aber nie Defekte der Knochen, speziell der Scheidewand), Nebenhöhleneiterungen (mehr einseitig), länger bestehender Nasenscheidewand-Abcess\*. **Therapie:** Allgemeinbehandlung. Lokal Reinigung durch Cocainisierung mittels Wattetupfer oder Spray-Apparat zum Selbstgebrauch des Patienten mit Rp. Acid. boric. 2,0, Cocain. muriat. 0,2, Suprarenin (Adrenalin, Paraneprin) gtt. XXX, Aq. dest. ad 200,0. S. 2 stdl. bis zur leichten Benetzung der Nasenschleimhaut einzuspritzen. Ferner Streupulver (Rp. 4, 6), auch Dermotol (Jodoform wegen Reizung durch Geruch nicht). Bei Ulcera auch Chromsäure, entweder Krystalle an Sonde angeschmolzen, oder konzentrierte Lösung auf Watte. Am Naseneingang Salbenbehandlung wie bei Nasenekzem\*. Bei Knochensequestern instrumentelle Entfernung, aber nie gewaltsam, sondern nur bei genügender Lockerung; sonst weitere Abstossung durch Therapie abwarten. Bei Atrophie u. Borkenbildung wie bei Ozaena\*.

Max Senator.

**Nasentuberkulose.** Nicht gerade häufig; kein scharfer Unterschied zwischen Nasentuberkulose, Nasenscrofulose, Lupus, Pseudoscrofulose u. a.; meist nur klinischer Verlauf ausschlaggebend, doch auch hierin keine Norm. **Ätiol.:** Lokale Infektion lädiertes Stellen (am vorderen Scheidewandknorpel, wo häufig Verletzungen durch bohrenden Finger), Epidermis-Lupus, allgemeine Scrofulose, allgemeine Tuberkulose (sehr selten, sub finem vitae). **Sympt.:** Am vorderen Teil der knorpeligen (!) Scheidewand Infiltrate ein- u. doppelseitig, verschiedener Grösse u. Ausbreitung, mitunter auch als Geschwulst erscheinend; sehr bald ulcerierend zu buchtigen, meist unterminierten Geschwüren mit blutenden, schwammigen, trägen Granulationen; zäher, schleimig-eitriger Sekretbelag, der geruchlos (im Gegensatz zu Syphilis); häufig auch schwammige Granulationen, die das Geschwür überwuchern. Meist in der



Tiefe rauher Knorpel mit Sonde fühlbar, der oft schon perforiert. Auch grössere, leicht sichtbare Knorpelperforationen nicht selten. Weitergreifen der Veränderungen auf gegenüberliegende Nasenmuscheln, Nasenboden, Oberlippenhaut (scrofulöses Ekzem), Neigung zu Blutungen. Behinderung der Nasenatmung. Schmerzen fehlen meist. **Komplik.:** Tuberkulose benachbarter Teile, namentlich der oberen Luftwege, sowie allgemeine Tuberkulose. Lupus der Gesichtsepidermis. Schwellung der Halslymphdrüsen. Verlegung der nasalen Ausmündung des Tränenkanals mit Tränenträufeln, oder Weiterschreiten der Erkrankung aufs Auge mit Phlyktaene, Conjunctivitis, Keratitis scrofulosa. **Diff.-Diagnose:** Allgemeinuntersuchung, Tuberkelbacillen (im Nasensekret schwierig zu finden), Ophthalmol. Cutanreaktion. Typisch für Tuberkulose, Sitz an knorpeliger Scheidewand, während Nasensyphilis\* an knöcherner; bei letzterer ausserdem starke Schleimhautentzündungen, fauliger Fötor, heftige Kopfschmerzen u. Trigeminusneuralgien (ausserdem die für Syphilis charakteristischen diagnostischen Proben). Nasenekzem\*. Länger bestehende Nasenabszesse\*. **Therapie:** Allgemeinbehandlung. Lokal: unter Cocain Auskratzung der erkrankten Schleimhaut mit scharfem Löffel, Entfernung nekrotischer Knorpelstücke, aber nie gewaltsam, nur wenn genügend locker. Danach Streupulver (Rp. 4, 6). Galvano-kaustische Zerstörung der affizierten Schleimhaut. Pinselung mit Acidum lacticum (30%—80%) nach Cocainisierung. Auf operierten Stellen oft Krusten- u. Schorfbildung, gegen diese wie bei Ozaena\*.

Max Senator.

**Nausea. Ätiol.:** Übelkeit beruht wahrscheinlich sowohl auf chemischen als mechanischen u. reflektorischen Reizzuständen der Magenschleimhaut. Erstere werden verursacht durch die Ingesta bei den meisten Formen der akuten Gastritis u. vielen der chronischen Gastritis, bei Magenkrebs, bei katarrhalischem Ikterus, bei den meisten Vergiftungen. Sicher reflektorisch ist die Erregung bei Appendicitis, bei vielen Gehirnleiden, bei Neurasthenie u. Hysterie. Ein Beispiel für mechanisch erregte N. (zugleich wohl reflektorisch) ist die Seekrankheit\*. Bei Kindern bildet N. häufig die Einleitung akuter Erkrankungen. Sehr oft besteht Wechselbeziehung mit Schwindel\*, wobei in der Regel die N. eine sekundäre Erscheinung, reflektorisch durch den Schwindel ausgelöst, darstellt, bisweilen wohl auch mit diesem gleichzeitig von der gleichen Ursache (Gehirnleiden) veranlasst. Jede stärkere N. kann zum Erbrechen führen; bei Kindern ist dies die Regel, während bei Erwachsenen oft quälende Übelkeit als Hauptsymptom erscheint. Bisweilen beendet oder erleichtert Erbrechen die Beschwerden, bisweilen bestehen sie fort. **Therapie:** Je nach

der Ursache; bei Vergiftungen im allgemeinen Magenspülung, bei Psychopathien suggestive Therapie. Stets möglichst Diät, am besten Nahrungsenthaltung für einige Stunden, Ruhe, Rückenlage. Bei Magenleiden individualisierend: bisweilen Hervorrufen von Erbrechen, bisweilen heisse Umschläge, Schlucken von Eispillen. Medikamentös empfehlen sich leichte Narkotica, am besten Codein 0,02—0,04 (bei sich anfallsweise wiederholender N. etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde vor dem Anfall, vor der Mahlzeit), ev. in Verbindung mit leichten Tonicis, Condurango, Pot. Riveri usw. Cf. Seekrankheit. S. Schoenborn.

**Nephritis acuta.** *Ätiol.*: 1. Rheumatische Schädlichkeiten (starke Erkältung, Durchnässung). 2. Anscheinend primär als Infektionskrankheit sui generis, meist jedoch nicht beachtete Infektion, bes. vom Hals her (Mandeln), oder Auto-intoxikation (Magen-Darm). 3. Allermeist durch Bakterientoxine (Ausscheidung), auch Bakterien selbst (Coli-, Strepto-, Staphylokokken) bei den Infektionskrankheiten: von leichtester Nierenreizung (leichte parenchymatöse Degeneration, „febrile Albuminurie“) ab alle Stufen, bes. bei Scharlach, Anginen, Diphtherie, Sepsis, Pneumonie, Lues, Tuberkulose. Individuell verschiedene Empfindlichkeit der Nierenepithelien. Schwere Nierengiftwirkung ev. auch bei leichten Fällen. 4. Durch Mineralsäuren (HCl, H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>, HNO<sub>3</sub>), Oxalsäure (Sauerampfer, Rhabarber), Salicylsäure, Carbolsäure (auch von Wunden her), Sublimat (ebenfalls), Pb, As, P, Hg (auch Schmierkuren), Äther, Chloroform, Sulfonal, chlorsaures u. chromsaures Kali, Squilla, Copaivabalsam, Terpentin, nach Applikation von Teer-, Naphtholpräparaten, Styrax, Jodoform (Wunden), Petroleum (Läuse), Canthariden, Pyrogallussäure. Hierher auch chronischer Abusus des Alkohols (auch übermässiger einmalig), Genuss von starken Gewürzen (Pfeffer usw.), von Senf, Kaffee, Rettich usw. 5. Schwangerschaftsnier (bes. bei Primiparen). Nach Traumen. Rezidivierende chronische Nephritis. *Sympt.*: Initiales Fieber (Frost) selten, Allgemeinbefindensstörungen, ev. Schmerz in Nierengegend (auch bei Druck); Blasentenesmen (konz. Urin); Blutdruckerhöhung (Nasenbluten); in 4—6 Wochen Herzhypertrophie beobachtet. Urin: vermindert bis Anurie (meist Schwere parallel, Verstopfung der Harnkanälchen); trüb, sauer, meist spez. Gew. erhöht, Eiweiss (gewöhnlich reichlicher), Harnstoff-, Kochsalz-, Phosphorsäure-Ausscheidung vermindert. Erythrocyten spärlich (ev. nur mikroskopisch), aber auch (bei hämorrhagischer N.) zahlreich (im Tagesurin meist mehr), Farbe dann fleischwasserfarbig, grünlich, blutig-bräunlich bis schwärzlich. Sediment (frischer Urin!): alle Formen von Cylindern, aus Epithelien, roten u. weissen Blutkörperchen, Fettkörnchenzellen, alle auch einzeln u. hyalinen Cylindern aufgelagert, De-

tritus, oder grob-, feingranulierte, wachstartig degenerierte, Fettkörnchen-Cylinder. Vorwiegen einzelner Bestandteile u. Übergänge. Salze (Harnsäure, bes. harnsaures Natron). — Oedeme bes. bei Scharlach- u. „primärer“ Nephritis, ev. rasch wechselnd, oft an nicht abhängigen Stellen (Gesicht, Auglider) zuerst, bis höchste Grade (cf. Hydrops), gefährlich durch ev. hinzutretendes Erysipel (Hauteinrisse). Urämie\* (Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Kopfschmerz, Benommenheit, Konvulsionen), bes. bei Scharlach-, Diphtherie- u. primärer N. — Nach Wochen bis Monate Dauer Heilung: Verschwinden des Blutes, des Sedimentes (Hellerwerden), des Eiweissgehaltes, Urinmenge steigt, spez. Gew. sinkt, vermehrte NaCl- usw. Ausscheidung. — Übergang in chronisch-parenchymatöse Nephritis (ev. hämorrhagisch). Heilung jedoch noch spät (nach 1 Jahr) beobachtet, bes. bei Kindern. Ev. einige Zeit intermittierende Albuminurie oder schwache Nieren (leicht etwas Eiweiss) zurückbleibend. — Schwangerschaftsnier e cf. N. gravidarum. **Therapie:** Stets Bettruhe, auch wenn leicht. Die erste Zeit Milch (1½—2 Liter) am besten (ev. etwas Kaffee, Zucker, Salz, CO<sub>2</sub>-Wasser zusetzen, wenn Widerwille), Buttermilch, Kefir (Verstopfung), Milch-, Schleim-, Reis-, Griess-, Mehl-, Semmelsuppen, Weissbrot. Getränke: Wasser, alkal. Säuerlinge (Wildunger, Brückenaer, Fachinger), Fruchtlimonade, Zuckerwasser. Auch Milch allein. Erst wenn Besserung deutlich, auch junge zarte Gemüse, Fruchtkompotts u. -gelées, Mehlspeisen, Ei, leichte Fleischsuppen (Hühner-, Tauben-, Kalbsbrühe), wenig weisses Fleisch (Taube, Huhn, Kalbfleisch) u. Fisch; keine extraktreiche starke Bouillon, kein Pöckel-Räucherfleisch, nichts stark Gesalzenes, keine Alkoholica, höchstens etwas leichter Rotwein mit Wasser; Gewürze u. Genussmittel (cf. Ätiol.) meiden, kein starker Kaffee u. Tee. Diurese nicht übertreiben, Flüssigkeitszufuhr vielmehr beschränken, wenn Urinmenge geringer u. Oedeme daher wachsen. Salzarme Kost als Diureticum bei Hydrops zu versuchen, da NaCl-Retention. Ev. nur schwächere Diuretica (cave Reiz) u. in kleinen Dosen: Rp. 66, 67, 68. Diaphoresis wichtig: Hautfunktion erhalten u. anregen durch warme, auch heisse alkoholische Abreibungen (Franzbranntwein), Waschungen (Essigwasser), feuchtwarme Einwicklung (milder, darum bes. bei Herzschwäche), warmes Luft-, Wasser- (35—37° C, 15—20 Min.) Bad. Stärker wirkend: heisse Bäder (40° C, 15 Min., dann in wollene heisse Decken u. heisse Getränke: heisse Milch mit CO<sub>2</sub>-Wasser, Fliedertee; kaltes nasses Tuch auf Kopf). Im Bett mit Hitzingers Heissluftapparat oder dergl. Ev. Rp. 64. Ableitung auf den Darm: Rp. 121, Bitterwasser. Wenn übermässiger Hydrops, Hauteinschnitte (antiseptisch verbinden!), Hydrothorax, Ascites ablassen. Gegen

starke Nierenschmerzen blutige Schröpfköpfe bzw. Blutegel. Operationserfolg (Nierenspaltung, Dekapsulation) unsicher. — Erst wenn Urin völlig eiweissfrei, Bett verlassen; noch längere Schonung (Erkältung, Anstrengung meiden). Gegen Anämie Eisen. Arneth.

**Nephritis chronica interstitialis** (primäre Schrumpfniere). **Ätiol.:** Kryptogenetisch, hereditäre Veranlagung, chronische Intoxikationen: oft durch Alkoholismus (cf. Lebercirrhose), bei chron. Bleivergiftung\*, bei Gicht\*, bes. wenn Kombination mit Diabetes, bei chron. Infektionskrankheiten (z. B. Malaria, Lues [hier auch einseitig]), bei Gelenkrheumatismus, selten nach akuter Nephritis, bei Arteriosklerose\* (im hohen Alter, „Altersniere“), für welche gleiche Ätiologie bzw. vererbte Disposition. **Sympt.:** Urin: 2000—5500 ccm u. mehr, Nachturin reichlicher (öfteres Aufstehen), strohgelb, klar, daher sehr wenig oder kein Sediment (hyaline Cylinder mit vereinzelt Epithelien oder Körnchen, einige Rundzellen oder Rote), Schaum bleibt stehen, sauer, niedriges spez. Gew. (unter 1010), wenig Eiweiss (2—5 g in 24 Std.); wenn Eiweiss sehr gering, im Nachturin u. auch zeitweise ganz verschwindend (bes. bei Altersniere, wo Urin dann nur vermehrt und reichlicher hyaline Cylinder), bei körperlichen Anstrengungen, Aufregungen, vor einem Gichtanfall; bei Verschlimmerungen (Urämiesymptome) wieder auftretend bzw. zunehmend. Arterielle Drucksteigerung, daher bis 200 u. mehr mm Hg Blutdruck (Riva-Rocci, schmale Manschette), Hypertrophie des linken Ventrikels, weniger des rechten (Spitzenstoss ausserhalb Mamillarlinie im 6. I.-R., 2. Aortenton verstärkt, Verbreiterung nach links, weniger rechts, epigastrische Pulsation; Orthodiagramm). Fast nie Oedem; erst wenn sekundär Herz erlahmt, cf. Herzinsuffizienz (schlechte Prognose!). Die Folgen dieser oder Zeichen chron. Urämie (Übelkeit, Schwindel, Erbrechen, Durchfälle, Kopfschmerz, Atemnot [„Asthma\* uraemicum“]), Aufregungszustände oder abnormer Durst, Hautjucken, bes. Sehstörungen führen oft erst zum Arzt, letztere infolge Retinitis albuminurica, pathognomonisch (hier am häufigsten, schlechte Prognose: höchstens 1 bis 1½ Jahr). Dauer (inkl. Latenzstadium): selbst 20 Jahre u. länger beobachtet. **Komplik.:** Herzinsuffizienz, Gehirnblutung (Atherom), Urämie\*. **Diff.-Diagnose:** Cf. S. 394. Bei physiologischer Albuminurie\* (orthotische, cyklische) muss Blutdruck (Sphygmogramm), Herz, Retina absolut normal sein; genaue Beobachtung, Alter. **Therapie:** Ätiologisch, ev. Jod bei Atherom, Lues. Schonung von Herz u. Niere; körperliche Anstrengungen, Aufregungen, Erkältungen (wollenes Unterzeug im Herbst bis Frühjahr) meiden, Ruhe-, Luft-, Liege-Kuren, im Sommer mit Trinkkuren (cf. S. 395), im Winter im Süden (Helouan, As-

suan, Sizilien, Neapel, Riviera, Südtirol). Nierenreiz meiden, daher Alkohol, (wenn gewöhnt, etwa  $\frac{1}{2}$  Flasche Rotwein gestatten), Nicotin, starker Kaffee u. Tee (nur etwas zur Milch) verboten. Diät (cf. Neph. chron. parench.): Viel Milch ( $3 \times \frac{1}{2}$  l), leichte Mehl- (u. Eier-) Speisen, Reis, Gemüse, Obst, wenig Fleisch. Gewürze, Säuren usw. meiden (cf. Neph. acuta). Wenn gute Diurese, nicht zuviel Flüssigkeit (Herzschädigung); auf Gicht, Diabetes Rücksicht nehmen. Wenn Herzinsuffizienz s. dort.

Arneth.

**Nephritis chronica parenchymatosa.** *Ätiol.:* Oft primär ohne ersichtliche Ursache, oder im Anschluss an fort-dauernde Erkältungen (feuchte Wohnung usw.), Durchnässungen; durch Alkohol, Blei, Quecksilber, bei Lues, Tuberkulose, Malaria, chron. Eiterungen. Sekundär im Anschluss an akute Nephritis.

**N. chr. p. simplex.** „Grosse, weisse, gelbe (Fett-) Niere“. Urin spärlicher, trüb, dunkler gefärbt; erhöhtes spez. Gew.; Eiweiss reichlich; im Sediment bes. oft Fettkörnchenzellen, Fettcylinder, Fettkörnchen (ev. dünne Fettschicht; obenauf [Lipurie]), Wachscylinder, sonst Sediment wie bei Nephritis acuta\*. Ev. sekundäre Schrumpfniere anschliessend. — Zunehmende Oedeme (meist stärker als bei Neph. acuta), Sehstörungen (Retinitis albuminurica), Erbrechen, Appetitlosigkeit, blasses Aussehen führen oft erst zum Arzt. — Herzhypertrophie links, auch rechts, (weniger als bei primärer Schrumpfniere), Blutdruckerhöhung (gespannter Puls). Tod meist durch Urämie\* (nach Monaten bis 2 u. 3 jähriger Dauer) oder an Komplikationen, bes. Pneumonie, Herzschwäche.

**N. chr. p. haemorrhagica.** „Grosse, rote, bunte Niere“. Charakterisiert durch anfallsweise (oft in einem fort) reichlichere Blutmengen im Urin; dauernd nur wenig (ev. mikroskopisch). Im übrigen cf. vorige Form. Wenn sekundäre Schrumpfniere anschliessend, schwinden die Oedeme, spez. Gew. sinkt, Urinmenge steigt, Herzhypertrophie-Entwicklung.

**Diff.-Diagnose:** Bei Amyloid\* auch andere Organe befallen u. bes. Entwicklung zu berücksichtigen. Bei akuter Nephritis\* Verlauf beachten, meist geringere Oedeme. Bei sekundärer Schrumpfniere bestanden früher stärkere Oedeme, Urinmenge ist reichlicher (2000 ccm u. mehr), Eiweissgehalt bedeutender, spez. Gewicht höher als bei primärer Schrumpfniere (S. 393), wo niedriges spez. Gewicht, wenig Eiweiss, wenig Sediment, starke Herzhypertrophie und hoher Blutdruck.

**Therapie:** Kausal (cf. Ätiol.), wenn Ursache auffindbar. Diät wie bei akuter Nephritis\*, auch dunkles Fleisch in geringer Menge (Rindfleisch, Hammelfleisch), bes. Milch ( $1-1\frac{1}{2}$  l tgl., auch Milchkuren; Buttermilch). Ruhekuren (Bett), da Be-

wegung das Eiweiss vermehrt. Erkältungen meiden (Wolle tragen), ev. sonniges, trockenes Klima für länger aufsuchen (Italien, Oberägypten; daselbst auch Liegekuren). Im Sommer Trinkkuren (Wildungen, Brückenau, Fachingen, Ems, Neuenahr usw.). Sonst Diaphorese, Hautpflege wie bei N. acuta\*.

Arneth.

### Nephritis gravidarum. „Schwangerschaftsnier“.

**Pathol. Anatomie:** Trübe Schwellung u. starke Degeneration der Epithelien in den Glomerulis u. gewundenen Harnkanälchen.

**Ätiol.:** Unklar; wahrscheinlich Folge vom Fötus gebildeter reizender Stoffwechselprodukte; meist bei Primiparen. **Sympt.:** In leichten Fällen mässige Schwellung der Knöchel bei ungestörtem Allgemeinbefinden; in schweren Fällen starkes Oedem an Beinen, Genitalien, Lendengegend, Händen u. Gesicht, entsprechend der Körperlage wechselnd („fliegende Oedeme“), unerträgliche Kopfschmerzen, Erbrechen, Diarrhoen, Appetitlosigkeit, Unterernährung, wässrige Ergüsse in die serösen Höhlen (Hydrothorax, -Perikard), Sehstörungen (z. T. rein funktioneller Natur), Cyanose, Lungenoedem, cerebrale Erscheinungen, Koma, Eklampsie\*. Mitunter, auch in leichteren Fällen, Absterben der Kinder u. vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, oft durch vorzeitige Lösung der rechtsitzenden Placenta infolge von Bildung der sog. weissen Infarkte an der fötalen Placentafläche. **Komplik.:** Cystitis, Pyelitis\*, Erblindung (Netzhautblutung bzw. -ablösung), Eklampsie. **Diff-Diagnose:** Harnmenge verringert, Urin enthält Albumen, granuliert u. Epithelcylinder (meist keine roten Blutkörperchen!). Diagnose oft erst post partum aus Verschwinden der Albumen u. Cylindrurie möglich. **Prognose:** Gut; meist, auch nach langer Albuminurie Restitutio ad integrum; sehr selten Übergang in Nephritis chron. parenchymatosa u. interstitialis. **Therapie:** Bettruhe, Milchdiät, alkalische Mineralwässer, mässige Diaphorese; im übrigen cf. Nephritis acuta. Bei Fortbestehen stärkerer Erscheinungen oder Steigerung der Symptome künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, oft lebensrettend. Im Wochenbett fortdauernde Urinkontrolle; dementsprechend geregelte Hygiene u. Diät. Kayser.

**Nervenverletzungen.** 1. Durch stumpfe Gewalt: z. B. Druck bei Schlaf lähmung (N. radialis) u. Narkoselähmung (Plexus brachialis), Frakturen u. Luxationen, zu festen Verbänden (bes. Gips-, auch Esmarch'sche Binde). Rasch vorübergehend oder auch wochenlang dauernd. Bei Frakturen u. Luxationen können Nerven auch ganz durchrissen u. dadurch dauernd lädiert sein, ferner allmählich vom Narbengewebe oder Knochen-callus umwachsen u. damit funktionsunfähig gemacht werden.

2. Traumatische Zusammenhangstrennung durch Stich, Schnitt usw. Störung der Nervenleitung sofort, daher Diagnose leicht; bei längerem Bestand Atrophie der betr. Muskeln. **Diagnose:** Funktionsausfall der von dem Nerven versorgten Gebiete. Stets Motilität, Sensibilität prüfen, auch elektrisch untersuchen. (Cf. S. 294.) **Therapie:** Bei reinen Quetschungen elektrischer Strom, Massage. Bei Umwachsung des Nerven durch Narben oder Knochenallus Neurolyse, d. h. Nerven freipräparieren u. durch Unterpolsterung mit Muskeln vor Neuerwachsungen schützen. Bei Stich- u. Schnittverletzungen Spontanheilung möglich, aber sehr selten; daher stets, selbst nach monatelanger Dauer operative Freilegung der Läsionsstelle u. Naht dringend zu empfehlen; elektrische Nachbehandlung. Dasselbe bei Zerreißen durch stumpfe Gewalt. Kaposi.

**Netzhautablösung. Ätiol.:** Glaskörperschrumpfung nach Traumen, bei höheren Graden von Myopie, nach entzündlichen Prozessen des Uvealtractus (chronische Iridocyclitis, Phthisis bulbi). Glaskörperverlust bei Verletzungen u. Operationen. Organisation von Blutextravasaten u. Exsudaten im Glaskörperraum. Chorioiditis exsudativa. Tumoren der Chorioidea, Retina. Subretinale Cysticerken. **Sympt.:** Sinken der centralen Sehschärfe, Gesichtsfeldeinschränkungen (meist nach oben), subjektive Lichterscheinungen (Photopsien). Retina zeigt Niveaudifferenzen, abgelöste Teile springen in den Glaskörperraum vor; kenntlich an den Netzhautgefäßen, die einen welligen Verlauf nehmen, dicker erscheinen und bei den gewöhnlichen Formen hin u. her zittern. Dieses Symptom fehlt bei Ergüssen u. soliden Bildungen hinter der Netzhaut. Frische Amotio durchsichtig oder nur zart trübe; später abgelöste Partie weiss, zeigt manchmal Einrisse, durch die roter Fundus sichtbar. Solange Ablösung durchleuchtbar, erscheinen Retinalgefäße dunkelbraunrot, dann zeigen sie wieder natürliche Farbe. Nicht selten Glaskörper rauchig trübe. Spannung des Auges in der Regel vermindert; nur bei Tumoren, intraokularen Cysticerken usw., die hinter der Netzhaut sitzen, vermehrt, letzterenfalls ev. bis zu typischen Glaukomanfällen. Ist Einblick ins Augeninnere durch Pupillarexsudat, Katarakt oder Glaskörpertrübung unmöglich, so wird Diagnose aus dem Fehlen der Projektion u. der vorhandenen Spannungsherabsetzung hergeleitet. (Daher bei allen Katarakten Projektion prüfen!). **Komplik.:** Iridocyclitis, Linsentrübungen (Katarakta complicata). **Therapie:** Nur aussichtsvoll bei N. infolge stumpfer Traumen, Ergüssen hinter die Retina usw. Unter Ruhigstellung des Augapfels mittels Verband, ev. nach Punktion des subretinalen Exsudates oder nach Anwendung subconjunctivaler Kochsalzlösungen u. Schwitzkur, ferner bei Behandlung der zugrunde liegenden

Chorioiditis saugen sich die Ergüsse auf. Die anderen Formen meist auch bei Behandlung mittels langer Liegekuren usw. unheilbar. Schieck.

**Neuralgien.** Nervenschmerzen. *Ätiol.:* Sehr häufig durch Nervenentzündung bedingt (cf. Neuritis), doch kann wohl auch eine den Nerven nicht schädigende Perineuritis zu N. führen. Auch Zirkulationsstörungen im Nerven, Erkrankungen der zugehörigen Ganglienzellen; in sehr vielen Fällen kein anatomisch nachweisbares Substrat. Infektiöse, toxische Einflüsse (Influenza, Lues, Tabak) treten an Häufigkeit zurück gegenüber der „Erkältung“. Als traumatisch (meist neuritisch) sind anzusehen Kompression u. Zerrung der Nerven (Wirbelaaffektion, Knochenbrüche, Aneurysma). Bisweilen reflektorisch (Trigeminusneuralgie bei Otitis media usw.), sehr häufig bei Neurasthenie u. Hysterie. Am häufigsten Ischiadicus u. Trigeminus betroffen. *Sympt.:* Bohrende oder reissende Schmerzen, dauernd oder anfallsweise, aber auch in ersterem Falle Exacerbationen. Bei starken Schmerzen folgen diese meist exakt dem Verlaufe des Nerven, der auch druckempfindlich ist, bes. an den Austrittsstellen aus Knochen (Trigeminus !); hier meist auch im schmerzfreien Intervall heftiger Druckschmerz. Sehr häufig dabei Parästhesien, lokale Hauthyperästhesie, Röte oder Blässe der Haut, Schweissausbruch, Tränen der Augen, Flimmern, Ohrensausen. Bisweilen auch trophische Symptome (Haarausfall, auch der Herpes zoster ist wohl als trophisches Symptom zu betrachten). Bei anfallsweisen Schmerzen häufig (bei Hysterischen fast konstant!) Bevorzugung bestimmter Tagesstunden, Tage. Sonst wird der Anfall wohl ausgelöst von Erschütterung, Druck, Bewegung (Tic douloureux beim Sprechen u. Kauen), Luftzug, psychischer Erregung, auch Musik. *Prognose:* Bei allen idiopathischen u. vielen Erkältungs-Neuralgien sehr zweifelhaft. Viele unheilbare Fälle. *Therapie:* Berücksichtigung der Ursache, Entfernung zerrender, komprimierender Momente, chronischer Entzündungen in der Nachbarschaft (Sinusitis, Zahncaries). Bei allen chronischen, bes. den idiopathischen Neuralgien ist Allgemeinbehandlung wichtig: Arsen (Rp. 21, ff.), Eisen; beiluetischen Jodkali, Hg; bei Erkältungs-Neuralgien Salicylpräparate, Schwitzprozeduren; bei Arteriosklerose, Diabetes Jodkali, Diät; bei Psychopathieen Suggestivtherapie. Symptomatisch die zahllosen Analgetica, Antipyretica, Narkotica: Phenacetin, Antipyrin, Aspirin, Chinin allein oder mit Morphin, Brom, Pyramidon, Migränin, Analgen usw. (Am besten wirkt unstreitig Morphin als Injektion; bei chronischen Neuralgien halte man trotzdem möglichst lange damit zurück!) — Kälte, Hitze, Faradisation, Galvanisation (kleine Anode auf die kranke



Stelle, 2—6 M.-A. stabil 5—10 Minuten) können versucht werden. Bei langem Nervenverlauf auch Übungen u. Massage (Ischias\*). Ferner Ableitungsmittel, Jod, Vesicantien, Pointes de feu, Sinapismen. Solbäder, Fichtennadelbäder. Günstiger als die Nervenresektionen (Ganglion Gasseri, einzelne Nervenäste) oder die Nervendehnung, von denen erstere stets schwere Ausfallserscheinungen macht, wirken Injektionen in die (oder in die Nähe der) Nervenscheide von Alkohol, physiolog. Kochsalzlösung, Eucainlösung, atmosphär. Luft. Doch ist das Auftreten neuritischer Lähmungen dabei (bes. nach Alkohol) nie sicher zu vermeiden. S. Schoenborn.

**Neurasthenia sexualis.** *Ätiol.:* Meist psychopathische, endogene Prädisposition. Auf diesem Boden, selten ohne ihn, entwickeln sich im Anschluss teils an wirkliche Genitalerkrankungen, teils an sexuelle Exzesse (Onanie, übermässiger normaler Sexualverkehr, sexuelle Praktiken, z. B. Coitus interruptus), teils auch ohne solche, funktionelle nervöse Beschwerden, die bes. bei Ausübung des Geschlechtsaktes auftreten oder in abnorm starken, bzw. zur Unzeit auftretenden sexuellen Vorstellungen u. Gefühlen bestehen. *Sympt.:* Gesteigerte sexuelle Erregbarkeit, so dass flüchtige Sinneseindrücke u. einzelne Vorstellungen sexuelle Phantasien, Begehungen u. Gefühle auslösen (cf. Nymphomanie). Andererseits treten vor dem beabsichtigten Geschlechtsakt depressive u. Angstgefühle auf, die ihn unmöglich machen können („nervöse Impotenz“\*). Auf körperlichem Gebiet oft Masturbation, häufige Pollutionen\*, starke lang andauernde Erektionen (Priapismus), vorzeitige Ejakulation, Spermatorrhoe. Beim weiblichen Geschlecht ähnliche Erscheinungen u. Vaginismus\* oder Frigidität. Bei u. nach ausgeführtem Coitus Hyperästhesien im Bereich der Genitalorgane u. allgemeine nervöse Beschwerden (Rückenschmerzen, Oppressionsgefühle, Herzklopfen). *Diff.-Diagnose:* Beginnende organische Nervenerkrankungen (namentlich von hypochondrischen Sexualneurasthenikern eingebildet, beginnende Psychosen (führen gelegentlich zu Sexualexzessen u. zu exzessiver Onanie), Arteriosklerose. *Therapie:* Wie bei der Neurasthenie\*. Sexualabstinenz wenigstens für Monate, erleichtert durch Brom, massvolle Hydrotherapie u. Sport. Aphrodisiaca (Yohimbin) nur mit Vorsicht u. nur nach vorausgegangener allgemeiner Kräftigung. Psychische Behandlung, Wachsuggestion; Hypnose oder Psychoanalyse (Freud) nur mit Vorsicht. L. W. Weber.

**Neurasthenie.** *Ätiol.:* a) Prädisposition: Ererbte oder angeborene verringerte Widerstandsfähigkeit des Gehirns (e n d o g e n e N e r v o s i t ä t), erworbene leichte Erschöpfbarkeit, z. B. schwächende körperliche Erkrankungen, psychischer Shock,

chronische psychische Schädigungen (Neurasthenie im eigentlichen Sinne). b) Auslösende Momente: Berufsschädigungen, Erziehungsfehler, chronische Intoxikationen (Alkohol, Nicotin), Exzesse, Trauma u. Unfälle usw., interkurrente körperliche Erkrankungen. **Sympt.:** Psychisch: Depressive Stimmung, manchmal Angstattacken, hypochondrische Befürchtungen, Reizbarkeit, Mangel an Selbstvertrauen, leichte Beeinflussbarkeit, Insuffizienzgefühl bei körperlichen u. psychischen Anforderungen, Zwangszustände. Körperliche: Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Störungen der Magendarmfunktionen, der Sexualfunktionen (cf. Neurasthenia sexualis), vasomotorische Störungen, Parästhesien, Tics, Schlaflosigkeit. — Alle Symptome in verschiedenartiger Kombination, in Intensität schwankend. Je nach Vorwiegen einzelner Symptomengruppen besondere Formen: Angstneurose, Zwangneurose, nervöse Magenerkrankung, Sexualneurose usw. **Diff.-Diagnose:** 1. Zwischen endogener Nervosität u. Neurasthenie: Bei ersterer hereditäre Belastung, Zurückreichen der nervösen Insuffizienz bis in die Jugend, Nachweis körperlicher u. psychischer Entartungszeichen (cf. degeneratives Irresein); mehr Zwangszustände, gelegentlich katatone u. hysterische (psychogen bedingte) Symptome. Ausgesprochene degenerative u. hysterische Zustände (s. d.). — 2. Gegenüber anderen Erkrankungen: a) Anfangsstadien organischer Hirnerkrankung: Progressive Paralyse (deutliche objektive Symptome an Pupillen, Facialis, Sprache, Reflexen), cerebrale Früharteriosklerose (Blutdrucksteigerung; cf. Arteriosklerose), Hirnlues (Untersuchung des Liquor cerebrospinalis aber auch „Syphilisneurasthenie“ ohne organische Hirnveränderung als echte endogen nervöse Reaktion auf das Bewusstsein durchgemachter Syphilis!). b) Anfangsstadien verschiedener Geistesstörungen: Bes. im jugendlichen Alter: Hebephrenie\* (Dementia praecox), hypochondrische Melancholie oder Paranoia. c) Starke nervöse Reaktion auf wirkliche Organerkrankungen (z. B. Myokarditis, Aneurysma, Carcinome des Magens usw., chronische Nephritis, Diabetes — genaue Organuntersuchungen!). d) Abgrenzung von der Simulation u. Aggravation besonders bei den traumatisch bedingten Formen (cf. traumatische Neurose). **Therapie:** Zuerst Beseitigung der auslösenden Ursachen: Körperliche Erkrankungen, Exzesse in Genuss u. Arbeit, psychische Schädigungen. Vermeiden von Alkohol, Kaffee; ev. Ersatz durch Tee. Regelung der Lebensweise; Nachtschlaf, unter Tags Ruhepausen, Entfernung aus dem gewohnten Milieu, genaue Dosierung von Arbeit, Erholung, Sport, gymnastischen Übungen und Hydrotherapie (diese nur unter genauester ärztlicher Kontrolle, cave rigorose Kaltwasserkuren!). Individuelle Ernährung: fleisch-

arme, salzarme Kost, Brunnenkuren, Nährpräparate); vorsichtige, individuell zu dosierende Darreichung von Roborantien (Eisen, Arsen; Rp. 21 ff. 167 ff.), u. von Nervina (Valeriana, Bornyval; Rp. 148 ff.); möglichste Vermeidung stärkerer Narcotica. Psychische Erziehung (Psychotherapie), Wachsuggestion; Hypnose nur mit Vorsicht. Im übrigen symptomatische Behandlung.

L. W. Weber.

**Neuritis u. Polyneuritis.** *Pathol. Anat.:* Nervenentzündung kann interstitiell (im Zwischenbindegewebe) oder parenchymatös (im Nerven selbst) oder eine Perineuritis sein. Nur parenchymatöse Neuritis bedingt Nervendegeneration mit ihren Folgen, doch bestehen vielfach Übergänge. Spindelförmige Auftreibung, Knötchenbildung durch circumscripste Bindegewebswucherung können bei allen vorhanden sein. Bei Nervendegeneration (parenchymatöser Natur) zerfällt schon wenige Tage nach Beginn der Erkrankung das Nervenmark in Schollen u. Tropfen, der Achsencylinder zerfällt, die Schwannsche Scheide zeigt Kernwucherung, überall tritt Bindegewebswucherung ein (Cirrhose). *Ätiol.:* Verletzung durch Stoss, Stich, Schnitt, Zerrung, Kompression, auch periodische (Krückenlähmung), Erkältungen (Facialis!), Infektionen (Typhus, Lues), Intoxikationen (Alkohol, Nicotin, Kohlenoxyd), Diathesen (Gicht, Diabetes). Fortsetzung anderweitiger Entzündungen u. Infektionen längs der Nervenscheide ist selten. *Sympt.:* Selten (auch bei akuten Fällen) Fieber, meist Schmerz längs der Nervenbahn, bei Bewegung u. Erregung zunehmend, mit Rötung u. Hyperästhesie des betr. Hautbezirks, Druckempfindlichkeit, bisweilen nachweisbare Schwellung der Nerven, Fehlen der Sehnenreflexe, trophische Störungen (Herpes zoster, Schwiisse). Ganz besonders wichtig die Symptome der Leitungsunterbrechung: Anästhesien u. Lähmungen der betr. Bezirke. *Prognose:* Bei akuter Entstehung meist günstig, von der Ursache abhängig. *Therapie:* In akuten Fällen Ruhe, Wärme, schweisstreibende Mittel (Heissluft, Dampfbäder), Ableitungen (Vesicantien, Blutegel), Schutz gegen Erkältung (Wattepakungen), Salicylpräparate. Bei chronischer N. Jodkali, Strychnin, Galvanisation (Anode bei sensiblen, Kathode bei motorischen Störungen). Cf. Neuralgien.

**Polyneuritis** (multiple Neuritis). *Ätiol.:* Meist toxisch (bes. Alkohol, Arsen, metallische Gifte) oder infektiös (Influenza, Scharlach, Lyssa, Polyarthritis), bisweilen anscheinend spontan entstehend. Oft wirkt Erkältung auslösend. Mittleres Lebensalter. *Sympt.:* Beginn meist akut, mit Schmerzen u. Parästhesien, sehr bald aber Schwäche bes. in den Beinen, bald Gehunfähigkeit. Objektiv dann Atrophie (bes. der Peroneusgebiete!), Druckschmerz von Muskeln u. Nerven, fehlende Sehnen-

(oft auch Haut-)Reflexe (kein Babinski). Komplette oder partielle Ea R. Mit Vorliebe befallen werden Radialisgebiet (meist ohne Supinator!), Peronei, überhaupt die Muskeln der Füße u. Hände. Häufig leichte oder stärkere Ataxie. Sensibilitätsstörung meist geringer als die Paresen, oft nur Hyperästhesie u. Hypästhesie gemischt. Blase u. Mastdarm meist intakt. Hyperhidrosis, Rötung der Haut. Nicht selten bei Alkoholneuritis psychische Verworrenheit u. Gedächtnisschwäche (sog. Korsakowsche\* Psychose). Augenmuskelnerven sind häufig, Vagus (Pulsbeschleunigung!) u. Phrenicus bisweilen betroffen; bisweilen die Hirnnerven allein. — Einzelne Formen: Bleilähmung\* ergreift fast ausschliesslich die Extensoren (bes. den Ext. digitor. comm.) der Hand; degenerative Lähmung ohne Sensibilitätsstörung; dabei meist Bleisaum, Bleikolik. Arseniklähmung: atrophische Lähmung in Händen u. Füßen mit Schmerzen, Sensibilitätsstörung, Ataxie, trophischen Störungen. Fast stets Magendarmstörungen nachweisbar. Diphtherische Lähmung: Gaumensegellähmung, Schlinglähmung (Glossopharyngeus!), Augenmuskellähmung, Vagus- u. Recurrenslähmung. Bisweilen ausserdem diffuse Störungen an den Extremitäten. **Prognose:** Sehr verschieden; bei stürmischem Verlauf oft Exitus, sonst meist langsame Besserung u. partielle oder totale Heilung. Neigung zu Rezidiven. **Therapie:** Bei akuten Fällen s. oben. Möglichst Kausaltherapie. Absolute Ruhe bes. bei diphtherischer Polyneuritis, ev. Sondenernährung. Vor allem Galvanisation: Kathode stabil u. labil auf den geschwächten Muskeln u. Nerven; 6—8 M.-A., täglich 10—15 Minuten; Kohlensäurebäder, später Übungen u. vorsichtige Massage. Jodkalium u. Strychnin (Rp. 151, 152),

S. Schoenborn.

**Neurome.** Echte („Ganglioneuome“) äusserst selten; bis kopfgrosse retroperitoneale Geschwülste, vom Sympathicus ausgehend. Wichtiger die Amputationsneurome; knollige Auftreibungen der bei Amputation durchtrennten Nerven, oft sehr druckempfindlich. Gleiche Bildungen nach traumatischer Kontinuitätstrennung von Nerven am centralen Stumpf. **Therapie:** Bei grosser Schmerzhaftigkeit Exstirpation. Zur Prophylaxe sind bei Amputation Nerven vorzuziehen u. zu kürzen, so dass sie zwischen die Muskulatur zurückschlüpfen können. Cf. Fibrome der Haut. **Kapisi.**

**Nickkrämpfe.** **Ätiol.:** Besonders bei konstitutionell minderwertigen Kindern (Exsud. Diathese, Rachitis) nach langem Aufenthalt in dunkeln Wohnungen, daher bes. im Frühjahr u. Winter auftretend. **Sympt.:** Anfallsweise oder längere Zeit bestehende klonische Zuckungen der tiefen Halsmuskeln,

wobei pagodenhaft nickende (*Spasmus nutans*) oder um die sagittale Achse rollende (*Spasmus rotatorius*) Bewegungen des Kopfes erfolgen. Oft mit Nystagmus, zuweilen auch Strabismus u. Blepharospasmus. **Therapie:** Gute Licht-, Luft-, Ernährungsverhältnisse. Im Sommer meist von selbst verschwindend. Hasenknopf.

**Nicotinvergiftung. Ätiol.:** Übermässiges Rauchen (andere Gifte im Tabakrauch, wie Pyridinbasen u. Kohlenoxyd, von geringerer Bedeutung), Tabakklystiere, gewerblich in Tabakfabriken. **Sympt.:** Bei akuter N. Übelkeit, Erbrechen, Speichelfluss, Durchfälle (ev. blutig), Schwindel, kalter Schweiß, Ohnmacht, Herzklopfen, Dyspnoe, Atmungslähmung, kleiner u. arhythmischer Puls. Eigentümlicher Geruch der Atemluft, ev. Mundverätzung. Bei reiner N. Tod ev. in wenigen Minuten. Bei chronischer N. Pharyngitis, Verdauungsstörungen, Conjunctivitis, Herzneurosen, Herzinsuffizienz (bis zur schwersten Angina pectoris). Nervöse Störungen aller Art (Schwindel, Übelkeit, Schlaflosigkeit, epileptiforme Krämpfe usw.), Amblyopie u. Skotome. **Therapie:** Magenspülung, ev. mit 2% Tannin- oder Jodlösung (40 Tropfen Jodtinktur auf 1 l Wasser). Im übrigen Excitantien, Hautreize, künstliche Atmung. Bei chron. N. Entziehung des Tabaks. Guttman.

**Nierengeschwülste.** Die gutartigen Fibrome, Adenome, Lipome, spielen wegen Kleinheit meist keine klinische Rolle. Von malignen kommen vor Carcinome, Sarkome, Hypernephrome (aus versprengten Nebennierenkeimen sich entwickelnd, sog. Grawitzsche Tumoren), ferner die im jugendlichen Alter (1—6 Jahre) häufigen Mischgeschwülste. Lieblingsalter der Nierentumoren jugendliche Kinder u. 40—60 Jahre. **Sympt.:** Mitunter lange fehlend. Oft erstes Zeichen Blutharnen, dann palpabler Tumor, Schmerz der Nierengegend nach Rücken u. Bein ausstrahlend, auch kolikartige Anfälle. Varicocele\*, Venenerweiterung am Unterleib, infolge Verschlusses der V. cava bei rechtsseitigen Tumoren. **Diagnose:** Vor Palpabilität des Tumors oft sehr schwierig, weil Symptome, namentlich Hämaturie, und auch Harnuntersuchung u. Funktionsprüfung keine genaue Diagnose erlaubt. Bei jeder Hämaturie im späteren Alter genaueste Untersuchung, selbst Probefreilegung der Niere diskutabel, da Prognose bei kleinen, oft sehr gut abgekapselten, Tumoren günstig. Grössere brechen rasch in das Venensystem ein, machen schnell Metastasen in Lunge, Leber, mit Vorliebe am Knochensystem, bes. Schädel u. Wirbelsäule. Metastasen ev. sehr gross, Nierentumor sehr klein. **Therapie:** Nur operative Entfernung der ganzen erkrankten Niere. Rezidive sehr häufig. Kaposi.

**Nierensteinkrankheit.** Konkremente meist aus Harnsäure u. ihren Salzen (Na): oval, gelblich bis rotbraun, glatt, hart; selten aus oxalsaurem Kalk (vegetarische Kost) als „Maulbeersteine“ (rundlich, braun-schwärzlich, höckrig, hart, schwer); auch gemischt, geschichtet. Bei ammoniakalischer Harnzersetzung mit Retention Phosphatsteine (gewöhnlich in Blase) durch Fällung: weisslich grau, weich; auch um Harnsäure-, Oxalsäuresteine. *Ätiol.:* Hereditäre Veranlagung zu Stoffwechselstörungen (harnsaure Diathese, Gicht, Diabetes, Cystinurie) u. damit zur Steinbildung (fast immer im Nierenbecken); üppige Lebensweise (vorwiegende Fleischkost [Harnsäure bildend], schwere Biere, starke Weine); bes. wenn ruhige Lebensführung. Fein, pulverförmig (Nierensand), grieskorngross (Nierengries); Steinbildung, bis Ausguss des Nierenbeckens. *Sympt.:* Öfter lange, auch zeitlebens ohne alle Symptome, bes. wenn nur Sand, Gries; auch bei glatten grösseren Steinen. Gebückte Haltung (zeitweise), Kreuzschmerzen, Druckgefühl in Nierengegend (bes. bei körperlicher Anstrengung usw.; s. u.), auch Magendarmbeschwerden (Erbrechen, Würgen). Klarheit, wenn Gries- bzw. Steinabgang oder durch Röntgenogramm (unter Erbsengrösse kaum); meistens mikroskopisch Blut im Urinsediment (Tagesmenge!). **Nierensteinkolik:** bei Steinwanderung durch Ureter u. Einklemmung (Reiz, Krampf); enge Stelle: Einmündung in Blase. Ev. furchtbarer Schmerz (ausstrahlend, bes. ins Bein), Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen, Kollaps, kalter Schweiß, Ohnmacht; auch später, bei Harnröhrenpassage Ähnliches möglich. Urin stockt, selbst Anurie (auch gesunde Niere, reflektorisch), bis 8 u. mehr Tage ohne Urämie beobachtet; Tenesmus vesicae; Blut, ev. viel (durch Schleimhautverletzung [scharfer Stein]). Eiterzellen, Nierenbeckeneithelien, Pyelitis calculosa, weiterhin Steigerung zur eitrigen Pyelitis\* (Infektion) u. Pyelonephritis\*, Nierenabscess\*. Wenn Ureter zeitweise ganz verlegt, auch klarer Urin (aus gesunder Niere). Nierengegend, Harnleiter im Verlauf sehr druckempfindlich, Hydro- bzw. Pyonephrose bei Stauung, palpabel. Wenn Stein länger im Ureter: Decubitus, ev. Perforationsperitonitis. Ureterenkatheterismus (Feststellung, auf welcher Seite Steinbildung u. ob andere Niere gesund) wichtig vor Operation; ev. Steinsonde, wenn in Harnblase, u. Cystoskopie. Anfallsdauer: Stunden u. Tage, bis Passage des Steins oder Rücktritt ins Nierenbecken. Anfälle bes. durch körperliche Anstrengung, Aufregungen, Bewegung (Springen, Reiten, Fahren), ausgelöst. In anfallsfreier Zeit im Urin viel Harnsäuresediment bei Urat-, oxalsaurer Kalk bei Oxalsteinen; zersetzt bei Phosphatsteinen (wichtig, weil Behandlung danach einzurichten). Druckempfindlichkeit der Nierengegend. **Komplik.:** Gallensteine, Gicht, Diabetes, Arteriosklerose. **Diff.-**

**Diagnose:** Gallenstein-\* u. a. Koliken\*, Appendicitis\*, Wander-  
niere\*, nervöse Schmerzen. Genaueste Untersuchung, Anam-  
nese, ev. Röntgenbild! Fibringerinnsel (andere Blutungen),  
Geschwulstpartikel, Echinokokkenblasen machen bei Durch-  
tritt durch Ureteren ähnliche Kolikanfälle. **Therapie:** Bei  
Kolik: Morphium (0.015—0,02, Rp. 131, 132) oder 20—30 Tr.  
Opiumtinktur, alles ev. öfter; prolongiertes warmes Bad, ev.  
feuchtwarme Einwicklung (krampflösend), reichlich warme Ge-  
tränke (leichter Tee) zur Erhöhung des Harndrucks, Bettruhe,  
Thermophor oder auch Eisblase. Bei Blutung Styptica (S. 74);  
meist erst rationell, wenn Stein passiert. **Prophylaxe:** Bei  
Harnsäuresteinen mehr vegetarische Kost (auch Obst-, Trauben-  
kuren), viel Milch, wenig Fleisch (bes. Leber, Niere, Briesel,  
Gehirn, Kaviar [nukleinreich] meiden). Frugale Mahlzeiten,  
keine Alkoholica. Stoffwechsel durch viel körperliche Arbeit,  
Spaziergehen, öftere (Sol-)Bäder erhöhen, gleichmässige Durch-  
spülung des Körpers (viel Getränke: Wasser, dünne Tees, CO<sub>2</sub>-  
alkalische u. Lithionwässer); Alkalien (bis Urin schwach sauer  
oder amphoter): Natrium bicarbonic. oder carbonic. oder phos-  
phoric., Calc. carbonic., 3 × tgl. 3—4 g in viel Wasser, Uricedin  
(mehrmals 1,0), Urotropin (mehrmals 0,5), Sandowsche Prä-  
parate. Bei Oxalatsteinen umgekehrt Harnacidität erhöhen:  
mehr Fleischkost, wenig Vegetabilien (bes. Spinat, Sauerampfer,  
Kohl, Tee, Kakao, Rhabarber meiden), vor allem reichliche  
Durchspülung (einfache Säuerlinge). Bei Phosphatsteinen: cf.  
Cystitistherapie, Säuren (Salz-, Phosphor-, Milchsäure), Fleisch-  
kost. **Operation:** Nephrotomie, bzw. bei hochgradiger Zerstö-  
rung der erkrankten u. Intaktheit der anderen Niere: Nephrek-  
tomie, wenn sehr schmerzhaft, so dass chronisches Siechtum,  
wenn langdauernde u. oftmalige Blutungen, bei reflektorischer  
Anurie, oder wenn bei Komplikationen (Hydro-\*, Pyonephrose\*,  
Paranephritis\*) nötig werdend. Wenn Stein in Blase gelangt,  
cf. Blasensteine.

Arneth.

**Nierentuberkulose.** **Ätiol.:** Infektion so gut wie immer  
auf dem Blutwege; von der Blase aufsteigende, wenn über-  
haupt vorkommend, grosse Ausnahme. Jungdliches Alter be-  
vorzugt. Erkrankung oft einseitig. Nachweisbare Tuberkulose  
anderer Organe fehlt oft. **Sympt.:** Häufig Beginn mit Poly-  
urie, dann Veränderungen im Harn, leichte Cystitis; im Harn  
Eiter u. mindestens mikroskopisch Blut, manchmal starke  
Hämaturie. Bacillen nicht leicht nachweisbar. In zweifelhaften  
Fällen Tierversuch mit dem Harn angezeigt. Niere stets druck-  
empfindlich, manchmal vergrössert. Cystoskopisch oft Tuberkel  
und tuberkulöse Geschwüre in der Blase, besonders u die  
Uretermündung zu sehen. Ureter oft verdickt, per vaginam  
oder rectum zu palpieren. Fieber kann anfangs fehlen, später

stets vorhanden (Mischinfektion mit Eitererregern). Allgemeinbefinden leidet bald. Verlauf ev. jahrelang, anderseits bei Erkrankung beider Nieren in wenigen Monaten tödlich. **Diagnose:** Bei jeder Cystitis Ursache feststellen! Ist keine Gonorrhoe vorausgegangen, kein Katheter angewendet worden, auch am Genitale nichts zu finden, also z. B. bei sicher virginellen Kranken, so ist jeder Blasenkatarrh sehr auf N. verdächtig. Sicher wird Diagnose nur durch Tuberkelbacillennachweis bzw. Tierversuch. Ferner ist cystoskopisch u. durch Funktionsprüfung Ein- oder Doppelseitigkeit u. Grad der Erkrankung festzustellen. **Therapie:** Bei sicher einseitiger Erkrankung Exstirpation der kranken Niere; dann Lokalbehandlung der Blase mit Spülungen, Jodoform, dünner Carbollösung, Silberlösung u. dergl. Bei doppelseitiger Erkrankung nur symptomatische Therapie, ev. Versuch mit Tuberkulin. Allgemeinbehandlung wie bei Lungentuberkulose\*.

Kaposi.

**Nitrobenzolvergiftung.** Nitrobenzol (Mirbanöl) vielfach in der Parfümerie, Sprengstoff- u. Farbtechnik verwandt, auch zur Verfälschung des Bittermandelöls in Speisen. **Sympt.:** Geruch der Atemluft nach bitteren Mandeln. Graublauverfärbung der Haut. Braunfärbung von Blut u. Harn (Methämoglobinämie u. -urie). Pulsbeschleunigung, Dyspnoe, Pupillenerweiterung, Krämpfe u. Lähmungen, Koma. **Therapie:** Magenspülung. Salinische Abführmittel (Glauber-, Bittersalz usw.). Excitantien. Cave Oleosa, Alkoholica.

Guttmann.

**Nitroglycerinvergiftung.** Arzneilich u. gewerblich (bes. in Dynamitfabriken). **Sympt.:** Gehirnhyperämie, Schwindel, Dyspnoe, Cyanose, Erbrechen, Durchfälle, Lähmungen, Methämoglobinämie, Koma. **Therapie:** Wie bei Nitrobenzolvergiftung.

Guttmann.

**Noma.** Wasserkrebs. **Ätiol.:** Nicht ganz sicher (Perthes hat Streptothrixart gefunden). Befällt mit Vorliebe elende, unterernährte Kinder nach Infektionskrankheit, bes. Masern. **Sympt.:** An Mundwinkel, Wange u. a. Gesichtsstellen blauschwarzes Fleckchen, rasch sich vergrößernd, zu jauchiger Gangrän der ganzen Wangendicke führend. Ödem der Umgebung, hohes Fieber, enorm stinkende Jauchung; viel seltener trockner Brand. Meist Exitus. Wenn spontan oder therapeutisch beeinflusst, Demarkation eingetreten, Heilung per granulationem, die aber zu starken Narbenverziehungen, Schrumpfungen, Kieferklemme führt. **Therapie:** Mit Thermokauter bis ins gesunde Gewebe alles verschorfen, oder mit Ätzmitteln (bes. 10—30% Chlorzink) zerstören. Allgemein roborierende Behandlung. Nach Heilung Plastik zur Deckung der Defekte.



Prophylaktisch sorgfältige Mundpflege während Infektionskrankheiten. Kaposi.

**Nymphomanie u. Satyriasis.** Abnorm gesteigerte sexuelle Libido (erstere bei Weibern, letztere bei Männern), die auch durch den Geschlechtsakt nicht verschwindet. In geringem Grade bei Neurasthenia sexualis\*, stärker bei beginnenden Psychosen (Jugendirresein, Manie). L. W. Weber.

**Nystagmus.** *Ätiol.:* Kongenital, zumeist bei amblyopischen Augen. Multiple Sklerose u. a. Nervenkrankheiten. Beschäftigungsneurose: Nystagmus der Bergleute beim Blicken nach oben. *Sympt.:* Unruhig zitternde Augenbewegungen im Sinne der Adduction u. Abduction (N. horizontalis) oder der Meridianneigung (N. rotatorius). Zunahme der Bewegungen beim Fixieren. *Komplik.:* Oft Missbildungen, Kolobome usw. vorhanden. *Therapie:* Korrektion etwaiger Refraktionsanomalien. Behandlung der nervösen Grundleiden. Wechsel in der Beschäftigung. — Cf. Vorhofsnystagmus. Schieck.

**Obstipation.** *Ätiol.:* Teils organische Erschwerungen der Kotbewegung (Darmtumoren u. -Stenosen, retroflektierter Uterus usw.), teils bei organischen Nervenleiden (Tabes, Meningitis), teils, was hier in Betracht kommt, als Funktionsanomalie des Dickdarms. Auslösende Momente: Gewohnheitsmässige Unterdrückung des Stuhldrangs (Prüderie junger Mädchen usw.), vielleicht mangelnde Körperbewegung, Schwäche der Bauchpresse (Multiparae), falsche Ernährung (zu schlackenarm; manchmal bei der [richtigen!] Diät von Magenkrankheiten). Enteritiden, Abusus purgantium; Bleikolik. Stark prädisponierend resp. verschlimmernd wirkt allgemeine Nervosität (Neurasthenie, Hysterie). Zwei Formen: 1) atonische O. Seltener Stuhlgang, oft nur künstlich (Klysmen, Abführmittel) zu erzielen. Harte, grosse Skybala, wasserarm; oft mit geringen Schleimmengen überzogen. Häufig Völlegefühl, Blähungen, Flatulenz. Allgemeinsymptome: Kopfdruck, Schwindel, Mattigkeit. Objektiv leichter Meteorismus, grosse Kotballen im Colon sigmoideum (s. a. Hirschsprung\*); keine Druckempfindlichkeit. 2. Spastische O. Bei Nervösen oder bei Fortdauer der Schädlichkeiten aus der atonischen Form hervorgehend. Stuhlabgang schmerzhaft, länger anhaltender Stuhl drang; Skybala klein, oft schafkotähnlich. Häufig Windkoliken; manchmal Myxoneurosis intestinalis\*; auch Diarrhöen. Objektiv Colon, bes. häufig Sigmoidium kontrahiert, druckschmerzhaft. *Diff.-Diagnose:* Unterscheidung beider Formen meist leicht; Übergänge vorhanden. Ausschliessung organischer Hindernisse. Manchmal Trennung von Obstipatio spastica u. Perityphlitis\* nicht leicht. *Prognose:* Auch in schweren u. ver-

alteten Fällen gute Erfolge zu erzielen. **Therapie:** Beseitigung der Schädlichkeiten (Sorge für Bewegung, Verbot von Purgantien, Leibbinden); regelmässiger Besuch des Aborts. Bei *Obstipatio atonica* schlackenreiche Kost (rauhes Brot, viel Obst u. Gemüse, Kompotts, Honig, Fruchtsäfte, Weisswein; wenig Fleisch, reichlich Fett; Sauermilch, Kefir). Bauchmassage. Kühle Waschungen, Halbbäder. Ev. Faradisation des Leibes. Stuhlgang fördernd anfangs Wasser- oder Kamilleneinläufe. Ev. Versuch mit Injektionen von Peristaltikhormon. Im Notfall milde Abführmittel: Für einmaligen Gebrauch Ricinusöl (rein oder Rp. 119); stärker Kalomel (0,25 oder mit Jalape, Rp. 120). Für längeren Gebrauch: Cascara Sagrada (Rp. 122) resp. als Wein oder Barbétablets; Frangula (Rp. 123); Tamarinden (mit Tartarus Rp. 124 oder als Grillons); Brustpulver abends 1—2 Teelöffel; Rheum (Rp. 126, 127, Tinct. Rhei aquosa esslöffelweise, oder als Pulver resp. Tabletten 0,3—0,5 (s. a. Rp. 128), Purgin, Laxin, Exodin, Regulin (in Originaltabl.) usw. Stärker Aloë (Rp. 129); ebenso Bittersalze u. Bitterwasser; beides weniger für längeren Gebrauch. Bei *Obstipatio spastica*: Abführmittel strengstens verboten. Keine Massage. Antinervöse Behandlung: Ruhe, beruhigende Hydrotherapie (warme, prolongierte Bäder, Priessnitz nachts). Ölklysmen abends 100 bis 200 g körperwarm), bis zum nächsten Morgen zu halten. Diät: Verboten die mechanisch reizenden Komponenten der obigen Obstipationsdiät (rauhes Brot, Gemüse, rohes Obst). Günstig Karlsbader Wasser nüchtern, heiss. Gegen die Schmerzen Belladonna (Rp. Tinct. Belladonnae 10,0. Tinct. Valerian. 20,0, S. 3 × tgl. 20—30 Tr., oder Rp. 144, 146). Beuttenmüller.

### **Obstipation der Säuglinge u. älteren Kinder. Ätiol.:**

Primäre Trägheit der Darmperistaltik u. zu vollkommene Resorption der Nahrung. Bei Säuglingen ev. zu grosser Fettgehalt der Frauenmilch, Milchnährschaden\*, bei älteren Kindern zu schlackenfreie, eintönige u. zu eiweissreiche Kost (Fleisch, Eier, Milch). Auch Angstzustände vor der Stuhlentleerung, Furcht vor Klysmen, durch diese hervorgerufene Reizzustände in Rectum, Fissura ani\*. **Diff.-Diagnose:** O. kann vorge-täuscht werden durch Mangel an Kot bildenden Substanzen infolge unzureichender Ernährung, bei Brustkindern durch Agalaktie\* oder mangelhafte Saugkraft (cf. Säuglingsernährung), bei älteren durch andauernde Anorexie\*. Tumoren, Knickungen u. Verengerung des Mastdarms durch Digitaluntersuchung auszuschliessen. Hirschsprungsche Krankheit\*. **Therapie:** Hauptsächlich diätetisch! Zugeben von Malzextrakt, Griessuppe, Fruchtsäften, nach dem 6. Monat von Kompott u. feinzerteilten Gemüsen. Bei zu fetter Brustnahrung 20 ccm dünne Mehlabkochung nach jeder Mahlzeit. Bei älteren Kindern Nahrung

so wählen, dass Schlacken (Cellulose) auf den Darm als Reiz wirken können (Gemüse, Obst, Kartoffeln, Schrotbrot, Einschränkung der Milch). Bei Angstzuständen psychische Behandlung, vor allem Weglassen der Klysmen; bei Reizzuständen Einfetten des Aftereingangs mit Vaseline. Von Abführmitteln sollte man absehen! Vorübergehend eignen sich Ol. Ricini, allein oder mit Sir. Mannae  $\mathfrak{aa}$ , Pulv. Magnesiae c. Rheo, Kurellasches Brustpulver, für ältere Kinder Pil. aloëtic. ferrat. Bei Klysmen Vorsicht um Rhagadenbildung zu vermeiden. Ev. Versuch mit Bauchmassage. Hasenknopf.

**Occipitalneuralgie.** Meist N. occipitalis major befallen, gern doppelseitig. Schmerzen vom Nacken über Hinterkopf bis zum Scheitel ausstrahlend, meist sehr heftig u. konstant, bei heftiger Bewegung, Lachen, Niesen exacerbierend. Fast stets Druckpunkte an der Austrittsstelle des N. occipitalis major beiderseits. *Ätiol.:* Traumen (Tragen schwerer Lasten), Erkältung, Influenza, Caries der obersten Halswirbel u. Meningitis (hier nur symptomatisch für die oft tiefer gelegene Neuritis). Häufig hysterische Occipital Schmerzen, die aber nicht typisch neuralgieform verlaufen. *Prognose:* Im allgemeinen günstig. *Therapie:* Cf. Neuralgien. S. Schoenborn.

**Oesophagismus.** Schlingkrampf bei Entzündungen u. Verletzung der Oesophagusschleimhaut, häufiger aber als Symptom der Neurasthenie u. Hysterie. Bei Lokalisation an der Kardia (Kardiospasmus) häufig sekundäre Erweiterungen des Oesophagus, starke Reduktion der Ernährung. *Diff.-Diagnose:* Für funktionelle, gegen organische Stenose sprechen stark wechselnde Schluckstörungen; ferner kann man Spasmus bei langsamem Sondieren wohl stets überwinden. *Therapie:* Antinervös (Brom- u. Valerianapräparate, Rp. 139, 148—150; milde Hydrotherapie); lokal ev. Sondierung mit dicken Bougies. Beutenmüller.

**Oesophagitis.** Im Anschluss an reizende Speisen (thermische, mechanische, chemische Reize) auftretend. *Sympt.:* Leichter Schmerz oder Brennen hinter dem Sternum, besonders beim Schlucken. *Therapie:* Flüssig-breiige, reizlose Kost, ev. Eisstückchen. Anästhesin (3—5 × tgl. 0,25). Beutenmüller.

**Oesophaguscarcinom.** *Ätiol.:* Unbekannt. Ob Narben, Divertikel, Verätzungen, Läsionen durch zu heisse Speisen oder kleine Verwundungen durch Fremdkörper begünstigend wirken, nicht sicher erwiesen. Männer erkranken häufiger. Lieblingssitz in Ringknorpelhöhe, an Bifurkation der Trachea, an Kardia. *Sympt.:* Schlingbeschwerden, zuerst bei festen Bissen, dann bei breiiger Kost, schliesslich bei Flüssigkeiten. Der Kranke gibt genau Stelle an, wo der Bissen stecken bleibt; er würgt

ihn unter Brechbewegungen wieder heraus, manchmal mit etwas Blut, Kachexie. Schmerzen können ganz fehlen. Manchmal Recurrenslähmungen (heisere Stimme). **Diagnose:** Oft schon anamnestisch aus allmählich zunehmenden Schlingbeschwerden, kachektischem Aussehen, Alter des Kranken mit grösster Wahrscheinlichkeit zu stellen. Sonde bleibt am Hindernis stecken. Wenn irgend möglich Oesophagoskopie, um andere Verengerungen auszuschliessen, was bes. prognostisch wichtig; denn Oes.-Ca. ist unheilbar. **Therapie:** Nur bei Sitz im Halsteil hat Operation Aussicht auf Erfolg. Sonst inoperabel. Beste Behandlung: Solange als möglich sondieren, mit soliden oder hohlen Sonden, durch die gefüttert werden kann. Reichliche Zufuhr breiiger u. flüssiger Nahrung. Ev. vorher Öl oder Butter, um Schlucken zu erleichtern. Morphium, Anästhesin (Rp. 5). Ev. Rectalernährung (Rp. 211). Magenfistel (Gastrostomie) nur in Fällen völliger Undurchgängigkeit, um Hungertod zu verhüten; verlängert Leben gewöhnlich auch nur wenige Wochen. — Cf. Oesophagusverengerungen. Kaposi.

**Oesophagusdivertikel:** Pulsions- u. Traktions-D. Erstere stets am Übergang des Pharynx in den Oesophagus, letztere an verschiedenen Stellen des Oes., meist vorne, entstehen durch narbigen Zug von der Nachbarschaft (Tbc.-Lymphdrüsen). Klinisches Interesse nur die Pulsions-D. **Ätiol.:** Hypothetisch. **Sympt.:** Anfangs geringe Schlingbeschwerden, Brechreiz. Bei grösseren D. fühlt der Kranke, dass die Speisen im Halse stecken bleiben u. sich eine Vorwölbung bildet. Die Speisen regurgitieren spontan, oder werden vom Kranken selbst durch Druck auf das D. herausbefördert. Auch ausserhalb der Mahlzeiten können Speisen, oft lange vorher genossene, ausgepresst werden. Durch Zersetzung sehr übler Geruch aus dem Mund. Grössere D. bei Füllung sicht- u. fühlbar (wie die Kröpfe der Tauben). **Diagnose:** Aus den genannten Symptomen. Sonde gelangt bald in den Oesophagus, bald in das D. Röntgenuntersuchung des mit Wismutbrei oder ähnlichem gefüllten D. Oesophagoskopie lässt oft im Stich, ist aber zu versuchen. Prognose ohne Operation sehr ungünstig, weil Ernährung Not leidet, u. schliesslich Inanition. **Therapie:** Oesophagotomie u. Abtragung des Divertikels oder Magenfistel, die auch als Vorakt der Resektion empfohlen wurde. Sondenbehandlung erfordert geübte Hand u. bietet wenig Heilungsaussicht. Kaposi.

**Oesophagusverengerungen** (Strikturen). Am häufigsten nach Verätzungen mit Säuren oder Alkalien, seltener nach Geschwürsprozessen anderer Art (Diphtherie, Tbc.). Lieblingssitz wie Carcinom Ringknorpelhöhe, Bifurkation, Kardialia. Auch

multipel. **Sympt.:** Allmählich zunehmende Schlingbeschwerden. Unterernährung. Diagnose aus Anamnese, dann durch Sondierung u. Oesophagoskopie. Prognose bei schwer passierbaren Strikturen schlecht, weil Ernährung auf die Dauer stets unzureichend. **Therapie:** Am schonendsten langsame Dilatation mit Sonden steigender Stärke. Sondierung muss vom Kranken allmählich selbst erlernt werden; er muss das ganze Leben wenigstens 2—3× wöchentlich für kurze Zeit Sonde einführen. Auch Laminariastifte. Bei hochsitzenden Strikturen ev. äussere Oesophagotomie am Hals; bei tief sitzenden, unpassierbaren permanente Magenfistel oder Einführung einer Sonde retrograd zum Munde heraus mit Sondierung ohne Ende. Innere Oesophagotomie ist als zu gefährlich ganz zu verwerfen. Cf. Oesophaguscarcinom. Kaposi.

**Ohrblutgeschwulst** (Othämatom). Bluterguss unter das Perichondrium der Muschel, bes. ihrer oberen u. äusseren Teile. **Ätiol.:** Verletzungen (Misshandlungen!), seltener Gefässeränderungen; nervöse Einflüsse (?). **Sympt.:** Rasch oder plötzlich auftretende dunkelblaurote pralle oder teigige Schwellung eines umschriebenen Teiles einer Ohrmuschel, bei Artisten, Fechtlehrern auch beider, mit Gefühl von Spannung u. Druck, manchmal auch Schmerz, letzteres bes. bei Hinzutreten einer Perichondritis. Resorption nach meist wochenlangem Bestand, mit oder ohne Formveränderung, Verdickung oder Verbiegung der Muschel, zuweilen unter Herabsetzung der Hautsensibilität. **Therapie:** Zunächst nur leichter Schutz-, dann Druckverband. Bei zögernder Resorption grösserer Blutergüsse Aspiration des Inhaltes, oder Incision parallel zum Muschelrand (cf. Ohrverletzungen). Bloch.

**Ohrblutungen.** **Ätiol.:** Traumen, aktive Hyperämie bei Entzündungen mit Gefässzerreissungen, Kongestionen bei Erbrechen, Husten, Niesen, Menstruation (selten), Polypen, ulzerierte Tumoren, Caries. **Sympt.:** Ausfluss von Blut aus dem Gehörgang bei Traumen, wenn Trommelfell- oder Gehörgangsrupturn besteht. Ansammlung von Blut in der Paukenhöhle, wenn das Trommelfell nicht perforiert ist, mit dunkelroter oder dunkelblauer Verfärbung u. Vorwölbung der Membran. Gefühl von Druck u. Völle im Ohr, starke Schwerhörigkeit. Bei Blutungen ins innere Ohr Ménièresche\* Erscheinungen. Bei Blutungen aus dem arrodiierten oder verletzten Sinus caroticus oder Sinus transversus profuse venöse, aus der Carotis int. furibunde arterielle Blutung. **Diff.-Diagnose:** Bei Simulanten auf absichtliche Verletzung achten, die an der hinteren Gehörgangswand oder in der hinteren Trommelfellhälfte liegt. Eine halbrunde oder flachgewölbte dunkelblaue Stelle in der unteren

Hälfte des Trommelfells kann durch den in die Paukenhöhle hineinragenden Bulbus jugularis bei Dehiscenz des Paukenbodens bedingt sein. **Therapie:** Geringe Ergüsse unter die Haut des Gehörgangs oder ins Trommelfell nicht behandeln. Bei stärkeren Blutungen Tamponade des Gehörgangs bzw. der Paukenhöhle, Kompression bzw. Unterbindung der Carotis. Chirurgische Behandlung von Tumoren. Allgemein-Therapie. Cf. Haemotympanum. Bloch.

**Ohrcholesteatom.** Echte Ch. (epitheliale, perlartig weisse echte Geschwülste) im Schläfenbein höchst selten. Otologisch bezeichnet man als Ch. Anhäufung von Epidermismassen in Pauke, oberem Paukenhöhlenraum, Antrum mast. u. mastoidealen Knochenzellen (Gehörgangs-Ch. s. S. 138). **Ätiol.:** Umwandlung des Schleimhautepithels in geschichtetes epidermoidales Plattenepithel bei Anwesenheit von (oft nur geringen) Trommelfelldefekten, die eine Überwanderung des Gehörgangsepithels auf die (ulcerierte?) Paukenschleimhaut ermöglichen. Durch Liegenbleiben u. Aufquellen der sich abstossenden Epidermislamellen Druckschwund der knöchernen Zwischenwände der Warzenzellen u. übrigen Hohlräume (mittlere, hintere Schädelgrube, Fossa sinus sigmoid., Facialkanal, Labyrinth). **Sympt.:** Andauernde oder wiederkehrende Eiterung mit charakteristischem käsig-fötidem Geruch, Schwerhörigkeit wie bei andern Mittelohrerkrankungen. Manchmal spontaner Abgang von übelriechenden, breiigen, weisslichen Massen aus dem Gehörgang (zerfallende Epidermislamellen u. Eiter). **Komplik.:** Bei Durchbruch in Fossa sigmoidea der hintern Schädelgrube Extradural- u. perisinuöser Abscess, Sinusphlebitis, Sinusthrombose u. Pyämie oder Kleinhirnabscess oder Meningitis. Bei Durchbruch nach der mittlern Schädelgrube Extraduralabscess, Meningitis, Schläfelappenabscess. Bei Einbruch ins Labyrinth (häufig Fistel am horizontalen Bogengang) Gleichgewichtsstörungen, Taubheit, Fortschreiten auf die Meningen — in den Facialkanal Facialparalyse. Manchmal Senkungsabscesse unter Proc. mastoid. nach aussen oder — selten — nach dem Rachen. **Diff.-Diagnose:** Eiterung von spezifischem käsig-fötidem Geruch u. Entfernung cholesteat. Massen durch Ausblasen oder -spritzen aus der Paukenhöhle, ev. aus Fistel der hintern Gehörgangswand. **Therapie:** Trockenhalten der Ch.-Höhle, um Aufquellen der Epidermismassen zu verhindern; Entfernung der sich abstossenden Epidermislamellen tunlichst auf trockenem Wege durch Ausblasen mittels Druckluft (Ballon mit eingebranntem Loch, das durch Daumenballen beim Drücken verschlossen wird) durch das Paukenröhrchen. Beim Ausspritzen sorgfältiges Austrocknen durch Ausblasen u. Abtupfen mit steriler Watte. Danach Einlage

sterilen Gazestreifens von Fingerlänge u. -breite zum sofortigen Absaugen des an die Trommelfellöffnung gelangenden Eiters, tgl. bis mehrtätig. Bei anhaltender Eiterung oder Komplikationen Radikaloperation, wobei Vereinigung von Gehörgang, Paukenhöhle, oberem Paukenraum, Antrum u. erkrankten Warzenzellen in einen gemeinschaftlichen mit Epidermis ausgekleideten Hohlraum mit bequemem Zugang vom Gehörgangseingang erzeugt wird. Nachbehandlung von letzterem her, der bei der Operation erweitert wird.

Bloch.

**Ohrekzem** der Muschel u. des äusseren Gehörgangs, oder des letzteren allein. *Ätiol.*: Von der behaarten Kopfhaut, oder vom Gesicht übertragen, oder im Gehörgang entstanden, dieses bes. bei vernachlässigten Ohrenflüssen durch zersetztes Sekret, auch durch Eingiessen von Öl usw. Konstitutionelle Ursachen. *Sympt.*: Akut oder chronisch verlaufend, teils nässend, teils schuppig, mit Gefühl von lebhaftem bis schmerzhaftem Jucken u. Brennen, durch das Kratzen zu Furunkelbildung führend. Chronisches Ekzem kann durch Verdickung der Gehörgangsauskleidung zur Stenosierung führen. *Therapie*: Zunächst Salbenbehandlung (Ungt. emolliens, Zinksalbe, Ichthyosalbe), die Salben auf Gaze gestrichen in die Buchten der Muschel sorgfältig eingelegt, in den Gehörgang auf Gaze- oder Wattebäuschen; in leichten Fällen Borsalbe oder Lassarsche Paste aufpinseln. Bei hartnäckigem schuppigem Ekzem Pinseln mit spirituöser verdünnter Tinct. Fagi, Rusci, Tumenoli, bzw. 5% Argentum nitricum-Lösung, Teersalben. Cf. Ekzem, Otitis externa circumscripta.

Bloch.

**Ohrgeräusche.** Hörwahrnehmungen, die nicht durch ausserhalb des Hörorgans befindliche Schallquellen erzeugt werden. Objektive Geräusche, ev. auch für andere wahrnehmbar, wie Muskelcontractionen der Binnenohr- u. der Tubenmuskeln, Gefässgeräusche; subjektive Geräusche im engeren Sinne bei Erregung des Acusticus oder seiner Endigungen durch interne Reize. *Ätiol.*: Obturierender Cerumenpfropf, entzündliche Erkrankung des Gehörganges u. Mittelohrs, Hyperostose der Labyrinthkapsel (sog. Otosklerose\*), Erkrankungen des Labyrinthes, Acusticus, Gehirns, Blutes, Herzens u. a. Organe. *Sympt.*: Ständiges oder intermittierendes, gleichmässiges oder mit dem Pulse isochrones Hören von hohen oder tiefen oder undefinierbaren Geräuschen, selbst von musikalischen Tönen. Letztere meist hoch, oft genau  $\text{fis}^4$ , dem Eigentone der Paukenhöhle entsprechend. Stärke wechselnd, bis zum lautesten Läuten u. Donnern, das bis zum Conatus suicidii unerträglich werden kann. *Diagnose* des Sitzes der Geräusche durch genaue Funktionsprüfung zu stellen. Gefässgeräusche oft durch

Kompression der Carotis für die Dauer des Druckes zu stillen. **Prognose** der kontinuierlichen hohen Geräusche ungünstig, namentlich bei sog. Otoklerose. **Therapie:** Tunlichst Behandlung des Grundleidens, Berücksichtigung der allgemeinen Körperverhältnisse. Brompräparate, auch in Form von Bromäthylidämpfen, durch den Ohrkatheter in die Paukenhöhle geblasen, 1 × tgl. eine Minute lang, oder Katheterismus allein, Massage mit Drucksonde, mit Luftdruck (Traguspresse oder maschinell) vom Gehörgang oder von der Tube aus, äussere Halsmassage, vom Warzenfortsatz abwärts streichend, zwei oder mehrmals täglich. Phosphor, Phytin (cf. Otoklerose), Arsenik (Rp. 21 ff.), Chinin (0,1—0,2 2 × tgl.), Jodkali, Digitalis. — Cf. Autophonie. Bloch.

**Ohrgeschwülste.** Primär oder per continuitatem bzw. metastatisch zum Ohr gelangend. Carcinome, Sarcome, auch melanotische Geschwülste am äusseren Ohre, erstere auf Warzenfortsatz übergreifend, maligne Lymphome von benachbarten Drüsen in das Ohr durchbrechend, Lupus der Ohrmuschel. Osteome im knöchernen Gehörgang, manchmal doppelseitig. In der Pauke Carcinome und Sarcome. Tumoren des Acusticus vorwiegend im Kleinhirnbrückenwinkel, meist gutartig. **Sympt.:** Osteome des Gehörganges erzeugen erst bei nahezu völligem Verschluss des Lumens stärkere Schwerhörigkeit und Retention von Epidermis ev. von Eiter aus der Pauke, Tumoren am oder im Stamm des Acusticus zunehmende Hörstörung bis zur Taubheit, Geschwülste in der Pauke ebenfalls Schwerhörigkeit, bei ulcerösem Zerfall Eiterung. **Diff.-Diagnose:** Ulcerierende Geschwülste des äusseren oder des Mittelohres können von Ohrpolypen\* bei einfacher Mittelohreiterung durch klinischen Verlauf u. histologische Untersuchung unterschieden werden, Osteome des Gehörganges durch knochenharte Konsistenz u. normale Hautbedeckung, Tumoren des Nervenstammes durch Kombination mit Erkrankungen anderer Hirnnerven. **Therapie:** Fast stets chirurgisch. Osteome des Gehörganges nur bei erheblichen Retentionserscheinungen beseitigen. Bei ulcerierenden malignen Geschwülsten des äusseren u. Mittelohrs Insufflationen von Pulv. Herb. Sabinae, Alum. usti aa. empfohlen; neuerdings auch mit gutem Erfolge Fulguration. Cf. Ohrpolypen. Bloch.

**Ohrhusten.** Reflektorisch im R. auricularis vagi ausgelöster Hustenreiz. **Ätiol.:** Reizung des Ausbreitungsbezirktes des Nerven (hintere Gehörgangswand) durch Sonde, Wattebausch, Cerumen, Fremdkörper. **Sympt.:** Bei Berührung auftretendes kurzdauerndes Kratzen im Rachen oder kurzer trockener Husten, bei Anwesenheit von Cerumen oder Fremdkörpern hartnäckiger



Hustenreiz. **Diff.-Diagnose:** Bei andauerndem trockenem Husten ohne Befund in den Luftwegen sind auch die Gehörgänge zu besichtigen. **Therapie:** Causal. Bloch.

**Ohrpolypen.** Polypöse Geschwülste im Gehörgang oder in der Paukenhöhle. **Ätiol.:** Akute oder chronische Mittelohreiterung (Granulationspolypen) oder ulcerierende Tumoren, selten Furunkel des Gehörganges. **Sympt.:** Teilweise bis komplette Verlegung des Lumens des Gehörganges oder der Pauke durch einfache oder multiple, bewegliche Geschwulstmassen, granulierend oder mit Epithel bedeckt, leicht blutend, rundlich, rot, dazu Eiterung und ev. Zeichen von Eiterretention (Fieber, Fröste, Kopf- u. Ohrschmerzen, Mastoiditis). **Diff.-Diagnose:** Bei Eiterung können Fremdkörper Polypen vortäuschen; mikroskopische Unterscheidung zwischen Granulationspolypen und malignen: erstere gewöhnlich dünn gestielt. **Therapie:** Chirurgische Entfernung (Drahtschlinge, ohne oder nach Anästhesierung mit 10% Cocain. mur. + 2 Tropfen 1/1000 Adrenalin auf Watte eingeschoben, oder 1/2 Spritze einer 1% Cocainlösung in das Dach des Gehörganges am Anfang des knöchernen Teiles injiziert). Ätzung von Polypenstümpfen nach der Schlingenextraktion mit Lapissonde (am besten!) oder Trichloressig- bzw. Chromsäure. Alkoholbehandlung behufs Schrumpfung von Granulationspolypen mit 1/1000 Sublimat-, 3% Carbol- oder Borsäurespiritus, tgl. 1 x 5 Tropfen, durch Druck auf den Tragus hineingepresst (cf. Ohrgeschwülste).

Bloch.

**Ohrschmalzpfropf.** Verschluss des Gehörganges durch das in ihm angesammelte Sekret der Ohrschmalzdrüsen, vermischt mit abgeschilferten Epidermislamellen der Gehörgangswände. **Ätiol.:** Behinderung der sofortigen Lufttrocknung und spontanen Entfernung des ausgeschiedenen Drüsensekretes durch enges Lumen des knorpligen Gehörganges oder seines Einganges allein, durch vermehrte Abschilferung der Epidermis, durch vorgelagerte Fremdkörper (Wattebäusche), gesteigerte Sekretion von Cerumen, namentlich bei stark schwitzenden Personen, Aufquellen von nicht obturierender Cerumenansammlung durch eingedrungenes Wasch- oder Badewasser bis zum Verschluss des Lumens. **Sympt.:** Gefühl von Dumpf- u. Vollsein in dem Ohre oder der betreffenden Kopfseite, Schwerhörigkeit, subjektive Geräusche (Brummen, Brausen) reflektorische Kopfschmerzen, selbst in hemikranischen Anfällen, Ohrhusten. **Diagnose:** Durch Ohrspiegel zu stellen: gelbliche, bräunliche bis schwärzliche Masse, näher am Ohreingang als das Trommelfell gelegen. **Therapie:** Ausspülen mit körperwarmem (!) Wasser, ev. nach vorherigem Erweichen durch Ol.

oliv. 3 × tgl. 5 Tr., bei stärkerem Epidermisgehalt mit 2 % Natr. bicarbon. Festhaftende Massen können mit Sonde vorsichtig von der Hinterwand abgedrängt werden, damit der Wasserstrahl hinter sie gelangt. Dann Austupfen mit dem Wattestäbchen bis an den unteren Trommelfellrand. Bloch.

**Ohrschmerz, Otagie.** Im Ohr lokalisierter Schmerz ohne entzündliche Prozesse. *Ätiol.:* Meist Caries eines oder mehrerer Backzähne des gleichseitigen Unterkiefers; seltener Anginen, Erkrankungen im Nasenrachenraum, der Zunge, der Epiglottis, des Unterkiefergelenkes, der Parotis, benachbarter Drüsen. *Diagnose:* Ausschluss akuter Entzündungen des Gehörgangs u. Mittelohrs, pathologischer Befund an einer der genannten Stellen. *Therapie:* Causal; wenn nicht möglich, dann Chinin, Arsenik, ev. Morphinum u. ä. Bloch.

**Ohrverletzungen.** *Ätiol.:* Verletzungen der Ohrmuschel durch Kälte (Congelation) besonders an den freien Rändern, durch Zerreiſung, durch wiederkehrende Druck- und Reibwirkung bei Artisten (Saltomortalefängern) und Fechtern (Fechtkorb); des Meatus durch Kratzen bei schuppenden Ekzemen oder Cerumen (Excoriation mit nachfolgender Furunkulose), der vorderen Gehörgangswand durch Infraktion bei Sturz oder Schlag auf das Kinn, Verätzungen durch scharfe Arzneimittel; des Trommelfells durch direkte u. indirekte Einwirkungen, wie Luftdruckschwankung bei Detonationen, Ohrfeigen, Sturz, Schlag auf den Kopf; der tieferen Ohrteile durch Schlag oder Sturz (Zerreissungen der Weichteile, Frakturen, Commotionen der Nerven); aller Teile durch Schussverletzungen. *Sympt.:* Verschieden nach Art u. Sitz der Verletzung. Blutung aus dem Gehörgang bei Kontinuitätstrennung der Meatusauskleidung oder (seltener) des Trommelfells, oder des Trommelfells und der Paukenhöhle (vergl. Haematotympanum), Blutung aus Nase, Mund, Rachen bei schwereren Verletzungen am Felsenbein, Keilbein, des carotischen Kanals, Abfluss von Liqu. cerebrospinalis bei Fraktur des Gehörgangsdaches und Durazerreiſung; Schwerhörigkeit bei Erschütterung des Labyrinths oder Acusticusstammes; bei stärkerer Kompression oder bei Zerreiſung des Nerven Taubheit der betreffenden Seite. Schwindel, Nausea, Erbrechen, spontaner Nystagmus bei Läsionen des Vestibularapparates, Facialisparese oder -Lähmung bei gleichzeitiger Verletzung dieses Nerven im Porus acust. int. oder in seinem Verlaufe durch das Schläfenbein. Konsekutive Mittelohrentzündung manchmal erst nach Wochen. *Diagnose:* In frischen Fällen Gewebszerreiſung, Blutung, Abfluss von Liquor aus dem Duralsack (reichlich) oder aus dem Labyrinth (spärlich); Bewusstlosigkeit,

Erbrechen, Schwindel, Taubheit, Kopfschmerz, je nach Lage des Falles. In älteren Fällen Blutgerinnsel in der Nähe des verletzten Teiles, Abnahme und Verschwinden der vestibulären Störungen, bei Fortdauer der subjektiven Geräusche, der Schwerhörigkeit oder Taubheit, der Facialislähmung. Bei einfacher Commotio Labyrinthi schwinden die Störungen des R. cochlearis in der Regel auch wieder, aber ebenfalls später als die des R. vestibularis. In veralteten Fällen ätiologische Diagnose eines Unfalles oft schwierig. **Prognose:** Bei Felsenbeinfraktur wochenlang zweifelhaft, Möglichkeit einer nachfolgenden Meningitis, ebenso bei Taubheit mit oder ohne Facialislähmung; bei einfacher Commotio Labyrinthi günstig, bei komplizierenden eitrigen Mittelohrentzündungen vorsichtig zu stellen. **Therapie:** Bei indirekten Gewalteinwirkungen (Detonationen, Schlag, Sturz) aseptischer Verlauf zu erwarten, darum nichts berühren, keine Spülung, keine Tropfen in das Ohr, nur Watteabschluss des Gehörgangseingangs. Bei stärkerer Blutung Tamponade. Bei schwereren Verletzungen absolute Bettruhe, Eisbeutel, Ableitung auf den Darm mit Vermeidung des Pressens, Stille. Später, wenn Bluterguss ins Labyrinth anzunehmen ist, Jodkali (vergl. Ménière). Bloch.

**Onanie. Ätiol.:** Gelegentlich in der Jugend bei frühzeitigem Sexualtrieb u. Mangel an normaler Befriedigung oder durch Verführung (Altersgenossen, Dienstboten). In stärkerem Maße länger fortgesetzt meist bei endogen Veranlagten, Nervösen oder bei beginnender Psychose (O. infolge von Angst). O. an sich kann nicht zu Geisteskrankheit, nicht zu Epilepsie oder organischen Nervenleiden (etwa Tabes oder Paralyse) führen, sondern höchstens zu einem nervös-hypochondrischen Zustand! Im ganzen ist O., die vorübergehend betrieben wird, ohne Bedeutung oder sie weist, in stärkerem Maße und länger betrieben, auf eine psychopathische Grundlage hin. **Sympt.:** Erhöhte Scrotalreflexe, häufige Erektionen, Flecken in der Wäsche. Leichte Verbreiterung des Herzspitzenstosses, Klagen über Herzklopfen. Hypochondrische Klagen. Lebhaftes Sexualphantasie, gelegentlich hochgradige Verstimmung über die vermeintlichen Folgen der Onanie. Mutuelle Onanie mit Angehörigen des eigenen Geschlechtes. **Therapie:** Bei jugendlichen Individuen Regelung der Lebensweise, fleischarme Diät, körperliche Bewegung, Sport. Wechsel der Umgebung u. des Verkehrs sowie des Schlafzimmers (weibliche Dienstboten!). Beaufsichtigung der Lektüre, Beseitigung der „Aufklärungsbücher“, „Selbstbewahrungsschriften“. Beseitigung unsinniger hypochondrischer Vorstellungen durch sachgemässe ärztliche Aufklärung. Unterstützung der psychischen Therapie durch Bromkali (cf. Sexualperversionen, Pollutionen). L. W. Weber.

**Oophoritis.** Bei *O. acuta* trübe Schwellung, Verödung der Follikel oder Abscesse, die ev. in Bauchhöhle u. Tube (Tuboovarialabscess) durchbrechen. Bei *O. chronica* infolge Vergrößerung der Follikel (kleincystische Degeneration) u. Verdichtung des Stromas mitunter enorme Volumensvermehrung; Ovarium wird uneben. Durch gonorrhöische Infektion eines geplatzten Follikels entsteht der Corpus luteum-Abscess. **Ätiol.:** Bei *O. acuta*: Gonorrhoe, Wundinfektion, Tuberkulose, Aktinomykose (selten). Infektionswege: meist ascendierende Entzündungen; ausserdem Blut- u. Lymphbahnen; Embolien. Die *O. chronica* entsteht häufig aus der *O. acuta*; aber auch primär im Anschluss an chronische Gonorrhoe, Endo- u. Perimetritis, Retroflexio uteri, sexuelle Überreizung. **Sympt.:** *O. acuta* zunächst meist durch begleitende Perimetritis oder Peritonitis verdeckt. Später gelegentliche spontane u. Druckschmerzen im Becken („Ovarialschmerz“), bes. bei Erschütterungen des Körpers (Eisenbahnfahrt usw.), Ovarium vergrössert, schmerzhaft; allgemeine Schwäche, unregelmässige Temperatursteigerungen, unregelmässige Blutungen. — Bei *O. chronica* Ovarium vergrössert, auf Druck schmerzhaft, oft descendiert, neben dem normal gelagerten Uterus im Douglas liegend. Andauernde heftige Schmerzen im Unterleib, bes. bei Defäkation u. Kohabitation gesteigert vor der oft unregelmässigen, profusen Menstruation („ovarielle Dysmenorrhoe“). Menstruation in einzelnen Fällen ausserordentlich schwach, verschwindet oft vorzeitig; häufig prämenstrueller mit Eintritt der Blutung schwindender Schmerz, sowie „Mittelschmerz“ (cf. S. 132). **Komplik.:** Abscessbildung, Sterilität, Neurasthenie, Hysterie. **Diff.-Diagnose:** Harte Kotknollen können mit descendierten Ovarien verwechselt werden (Eindrückbarkeit!). Der Ovarialabscess hat im Gegensatz zu der mehr wurstförmigen, dem Uterus anliegenden Pyosalpinx\* mehr rundliche Form u. treibt die hintere Scheidewand mehr vor. **Therapie:** Bei *O. acuta* Antiphlogose, absolute, mehrwöchentliche Bettruhe, Eisblase, Regelung des Stuhlgangs. Gegen die Schmerzen Opiumsuppositorien (Rp. 10), später Ichthyol-Glycerintamponade (3× wöchentl.). Sexuelle Abstinenz. Ovarialabscess wird von der Scheide aus eröffnet. Bei Tuberkulose Exstirpation (bei schwerer Allgemeininfektion kontraindiziert). Aktinomykose macht radikale Entfernung alles kranken Gewebes erforderlich. Bei *O. chronica* Beseitigung der Endometritis bzw. Retroflexio uteri\*. Bei Miterkrankung der Tuben ist längere Zeit Einführen von Jodoformglycerintampons in das hintere Scheidengewölbe (3× wöchentl.) empfehlenswert. Vorsichtiger Versuch mit heissen Scheidenspülungen. Cave intrauterine Behandlung, die meist verschlimmernd wirkt! Nach Abklingen der ent-

zündlichen Erscheinungen zur Mobilisierung der Ovarien Massagebehandlung oder vorsichtiger Versuch stumpfer Lösung in Narkose. Bei Erfolglosigkeit oder nach Rezidiven kommt Exstirpation, die wegen der Ausfallserscheinungen bei der geschlechtsreifen Frau nie sämtliches Ovarialgewebe entfernen darf, in Betracht. Kayser.

**Orientbeule.** Die je nach dem Entstehungsorte als Aleppo-, Delhi-, Biskrabeule, Taschkentgeschwür, Sartenkrankheit usw. benannte endemische, bes. im Herbst Fremde befallende Hautkrankheit besteht im Auftreten von Knoten an unbedeckten Körperstellen. Auf einer kleinen Rötung findet sich, verursacht durch *Leishmania tropica*, eine stecknadelkopf-, erbsen- bis bohnergrosse, zuweilen stark juckende, nach mehrmonatlichem Bestande zur Vereiterung kommende Geschwulst. Erst nach mehreren Monaten erfolgt mitunter Spontanheilung. **Therapie:** Jodtinktur, antiseptischer Verband oder Finsenbestrahlung. M. Joseph.

**Osteomalacie.** Verschwinden der Kalksalze u. dadurch bedingte Erweichung der Knochen. **Ätiol.:** Noch dunkel; wahrsch. trophoneurotische oder durch krankhafte Tätigkeit der Ovarien oder Nebennieren bedingte Einflüsse. Mittelbare Entstehungsursachen: Gravidität, örtliche Schädlichkeiten (endemisches Auftreten), feuchte Wohnungen, schlechte Ernährung. **Sympt.:** 1. Zumeist während der Schwangerschaft entstehende starke Schmerzhaftigkeit der erkrankten Knochen bei Druck u. Bewegungen mit nachfolgender Verbiegung des Skelets (Verkrümmung der Wirbelsäule, Infraktion der Rippen, des Thorax u. a.), watschelnder Gang; später Unfähigkeit zu gehen u. zu sitzen, Abnahme der Körperlänge. 2. Hochgradige Beckenverbildung, schnabelförmiges Vorspringen der Schossfuge, Verengerung des ganzen Beckenkanals; cf. enges Becken. **Komplik.:** Lungenaffektionen, Geburtsstörungen. **Therapie:** Allgemeine Kräftigung; richtige Lagerung der verkrümmten Gliedmassen, wenn nötig, mit Streckverbänden. In leichten Fällen Phosphor wochenlang (Rp. Phosphor. 0,015, Ol. Amygd. 10,0, Aq. dest. 80,0 Gummi arab. 10,0. S. tägl. 1 Teelöffel). In schweren Fällen u. wenn Phosphorbehandlung erfolglos, Kastration. Bei Geburt in leichteren Fällen abwarten, ev. Wendung oder Zange; in schweren Fällen u. bei starrem Becken Sectio caesarea, an welche Exstirpation der Ovarien oder Porro anzuschliessen ist. Kayser.

**Osteomyelitis acuta.** Infektiöse Entzündung des Knochenmarks. **Ätiol.:** 1. Traumatisch bei Infektion des Marks nach Verletzung des Knochens, z. B. bei offener Fraktur; jetzt sehr selten. 2. Hämatogen durch metastatische Verschleppung von

Infektionsträgern von anderswo lokalisierten, ev. schon abgeheilten Prozessen, z. B. Furunkel, Phlegmonen, Anginen, Pneumonien, Typhus. Demzufolge kann O. durch fast alle pathogenen Mikroben entstehen, am häufigsten durch Staphylokokken; idio-pathische O. nicht mehr anzuerkennen. Jugendliche wachsende Individuen bevorzugt. Infektion mit Vorliebe an den Epiphysen u. den ihnen nahen Markpartien, den Metaphysen, weil hier bei lebhaftester und verlangsamter Zirkulation Ablagerung der Mikroben erleichtert. Einzelne Knochen bevorzugt (Femur, Tibia, Humerus). *Pathol. Anat.:* Infektion erfolgt, abhängig von Virulenz u. Art der Keime unter starker Hyperämie des Marks; Bildung von kleinen Eiterherden, die alsbald konfluieren u. sich ausbreitend Abscesse bilden; von da durch die Haversschen Kanäle Infektion der Corticalis, bes. aber des durch Abscessbildung abgehobenen Periosts; früher oder später Perforation des Eiters; tiefliegende Phlegmone, die ev. spontan nach aussen durchbricht. *Sympt.:* Schüttelfrost u. hohes Fieber. Sehr starke, bald unerträgliche Knochenschmerzen; Schwellung der bedeckenden Weichteile infolge collateralen Oedems. Sobald Eiter subperiostal, ist starke, sehr schmerzhaft Verdickung neben der noch gering erscheinenden Weichteilschwellung zu palpieren. Sobald Periost durchbrochen, also tiefe Phlegmone entstanden, dann deutlich starke Schwellung auch der Weichteile, womit gleichzeitig Schmerzen u. Fieber sich verringern, um, sobald der Eiter nach aussen durchgebrochen ist, fast ganz zu schwinden. Ohne operatives Eingreifen bilden sich aus den Perforationsöffnungen Fisteln, die auf periostfreien Knochen führen. Letzterer ist infolge der Vereiterung seines Periostüberzuges u. Thrombosierung seiner corticalen Blutgefäße abgestorben. Hand in Hand damit bildet sich jedoch neuer Knochen als Folge der steten Reizung durch den Sequester, der allmählich eine knöcherne Umhüllung, die „Sequester- oder Totenlade“ bildet, die entsprechend den Fistelgängen eine oder mehrere „Kloaken“ zum toten Knochen offen lässt. Demarkierende Entzündung löst die Verbindung zwischen totem u. lebendem Knochen, der Sequester ist „gelöst“. Sonde fühlt glatten, harten Widerstand, der ev. beweglich ist; bei verhakttem Sequester fehlt Beweglichkeit, dann Lösung durch sehr leichte Blutungen zu erkennen (Reizung der Granulationen durch den sich bewegenden Sequester). *Komplik.:* 1. Epiphysenlösung infolge von Vereiterung derselben; dadurch ev. schlechte Stellungen, Pseudarthrosen, Wachstumstörungen, 2. Gelenkentzündungen, die bei nur symptomatischer Nähe des Entzündungsherdes rein serös, bei Einbruch der Infektion in das Gelenkinnere eitrig, ja jauchig sein können. 3. Spontanfrakturen, weil Sequesterlade zu schwach (Ursache hierfür oft zu frühes

Entfernen des Sequesters) oder weil Sequester die ganze Circumferenz des Knochens eingenommen. **Diff.-Diagnose:** Nachweis der Eingangspforte. Akuter Beginn, hohes Fieber mit sehr starken Schmerzen, bald danach Schwellung des Knochens (subperiostaler Abscess), dann Schwellung der Weichteile (tiefliegende Phlegmone). Wegen Nähe der Gelenke Vorsicht vor Verwechslung mit akuter Gelenkentzündung (akutem Gelenkrheumatismus), deshalb genaueste Palpation auf Knochen-schwellung. **Therapie:** Entfernung des Eiters u. seiner Ursache, deshalb breite Incision des Abscesses (subperiostal, submuskulär) u. sofortige Eröffnung des Marks (erst Bohrer, dann Meissel). Nur bei sehr geschwächten Kranken u. ausnahmsweise milder Form zu unterlassen oder erst später nachzuholen. Eiterherde des Marks auslöffeln, Knochenwunde möglichst flach herstellen, feuchte Tamponade (Guttapercha auf den wunden Knochen), Hochlagerung des Gliedes. Bei Sequesterbildung jedenfalls warten, bis er „gelöst“, was bei kleineren Knochen nach etwa 1—1½ Monaten, bei grösseren nach 2½—3 der Fall ist. Entfernung des Sequesters, sobald er gelöst, wegen Gefahr amyloider Degeneration der Unterleibsdrüsen. Unter Führung der Sonde breite Aufmeisselung des Knochens, Herausnahme des charakteristisch gezackten Sequesters, Auslöfflung der Granulationen und Heilung unter feuchter Tamponade. Leser.

**Osteomyelitis chronica.** *Ätiol:* Abgeschwächte pyogene Mikroben, bes. wieder Staphylokokken. Ausserdem kann das Knochenmark bei Knochentuberkulose u. Knochensyphilis beteiligt sein. — *Sympt.:* Akuter Beginn mit hohem Fieber, starken, aber bald nachlassenden Schmerzen (bohrend, ziehend); der nicht so sehr druckempfindliche verdickte Knochen weist nun entweder einen subperiostalen serösen, albuminösen (vielleicht anfangs eitrigen) Abscess auf, oder es handelt sich um eine fibröse Verdickung des Periosts u. der Corticalis, auch des Marks, die sogar auf die Weichteile übergehen kann; im Mark öfters entzündliche Veränderungen, also Hyperämie u. Granulationsbildung, in der sich gewöhnlich kleinste Sequester finden. — **Diff.-Diagnose:** Gegenüber Tuberkulose u. Syphilis der akute Beginn u. relativ schnelle Ablauf, während der Nachweis bakterieller Infektion namentlich bei der fibrösen Form gegen Verwechslung mit Osteosarkom\* schützt, dgl. das Vorhandensein von kleinen Sequestern. Röntgenbild, ev. Probeschnitt! — **Therapie:** Am besten Incision, sei es nur des serösen Abscesses, wonach oft Heilung, sei es des verdickten Periosts mit Knochentrepation u. Auslöfflung der Granulationen. Leser.

**Osteosarkome.** Bösartige Geschwülste, die häufiger im jugendlichen Alter auftreten. Örtliches Rezidiv, Metastasen-

bildung auf dem Blutgefäßwege, daher nur selten Erkrankung der Lymphdrüsen.

1. **Periostale O.** Rund- oder Spindelzellen-Sarkome aus der inneren Periostschicht; rel. schnell wachsende, breitbasig aufsitzende Geschwülste von weich-elastischer Konsistenz, die schliesslich in den Knochen hereinwachsen u. ihn zerstören; ihr Hauptsitz die langen Röhrenknochen. **Prognose:** Ungünstig, weil örtliches Rezidiv gewöhnlich u. Metastasenbildung häufig sehr früh, ohne zunächst Erscheinungen hervorzurufen. **Therapie:** Ablatio des kranken Gliedes bzw. Gliedabschnittes. In verzweifelten Fällen Versuch mit Röntgenstrahlen oder Coley's Streptokokkentoxin in Hinblick auf die Heilung von Sarkomen nach Überschreiten eines Erysipels.

2. **Myelogene O.** Aus dem Mark hervorgehende Riesenzellensarkome, die den Knochen allmählich aufblähend zerstören, während aussen das Periost neuen Knochen ansetzt; daher flaschenförmige Auftreibung u. bald Knittern der Schale (Dupuytren's „Eierschalknittern“), deshalb auch schalige Sarkome genannt. Meist sehr blut- bzw. gefässreich, deshalb oft pulsierend („Knochenaneurysma“). **Diff.-Diagnose:** Gegenüber chronischer Osteomyelitis u. Tuberkulose Fehlen des Fiebers, geringerer Schmerz, langsamerer Ablauf (dieses aber nicht in allen Fällen), allgemeine Körperkonstitution. **Prognose:** Nicht ganz ungünstig bei totaler Entfernung, weil örtliches Rezidiv nur Ausnahme. **Therapie:** Gewöhnlich konservativ durch Resektion des kranken Teils aus der Kontinuität oder gar nur breite Eröffnung u. Auslöfflung unter Stehenlassen einer hinreichend starken Knochenwand. Bei seltenem Rezidiv jedenfalls sofort Ablatio der Extremität. Leser.

**Otitis externa circumscripta (Ohrfurunkel).** Durch Staphylokokken erzeugte furunkulöse Entzündung der Epidermisauskleidung des knorpeligen Gehörganges, meist einseitig, häufig mit rasch aufeinander folgenden Nachschüben. **Ätiol.:** Abschuppung im Gehörgang, deren Juckreiz durch Kratzen mit Haarnadeln, Bleistiften, Ohrlöffeln usw. erwidert wird; dabei Einimpfung von Staphylokokken aus der Hautoberfläche des Gehörgangs. Ferner äzendes Sekret mancher Mittelohreiterungen; allgemeine Disposition (bes. Diabetes); Bromkuren. **Sympt.:** Schmerzen, wenn Furunkel im Gehörgangseingang oder tiefer sitzt, schon beim Kauen u. Sprechen; wenn in der vorderen unteren Wand, auch bei Zug oder Druck der benachbarten Stellen der Muschel oder Umgebung. Furunkel an der Vorderwand erzeugen manchmal Schwellung der Kiefergelenks-, Parotis- u. Wangengegend bis zum Auge, solche an der Hinterwand oedematöse Schwellung der Warzengegend mit abstehender Ohrmuschel. Bei völliger Verlegung des



Lumens Schwerhörigkeit, bei Aufbrechen des Furunkels Eiterung aus dem Gehörgang, ev. mehrtägig; bei tiefgreifenden gelegentlich Granulationswucherung. Ganz ausnahmsweise Allgemeininfektion, selbst Meningitis beobachtet, auch Temperaturerhöhung. Anschwellung der regionären Lymphdrüsen.

**Diff.-Diagnose:** Gegen Tumoren der akute Ablauf; gegen gegen Exostosen des Gehörgangs geringere Härte bei Sondenberührung, Rötung u. Empfindlichkeit der Haut; gegen Mastoiditis Fehlen einer Otitis med. u. die schmerzlose teigige Anschwellung des Warzenfortsatzes; gegen Entzündung des Kiefergelenkes der rasche Ablauf u. Nachweis des Furunkels im Gehörgang. Bei gleichzeitiger Mittelohrentzündung ist der Verlauf zu beobachten, um eine Mastoiditis zu differenzieren.

**Therapie:** Einlegung von Wattebäuschen bis an das innere Ende des Furunkels, die das Lumen des Gehörganges dicht ausfüllen, dann Begiessen des trocken eingeführten Watte-  
dochtes mit 5—8 Tr. 5 % Carbolglycerins alle paar Stunden, solange der Furunkel stark eitert, vorher u. nachher seltener. Bei zögernder Einschmelzung Incision mit Ohrfurunkelmesser nach Anästhesierung mit Acid. carbol. liquef. 0,5, Cocain. mur., Mentholi aa 2,0, Spirit. vin. 10,0 auf Wattebausch; Schmitt, sobald die Kuppe des Furunkels weiss ist. Spärliche Mahlzeiten, wenig Flüssigkeiten, kein Alkohol, Kaffee, noch Tee, reichliche Stuhlentleerung, Hochlagern des Kopfes, tagsüber ausser Bett. Harn auf Zucker untersuchen. Nach Ablauf der Entzündung gegen den Juckreiz Einpinselung des Gehörganges mit ein wenig Borsalbe mittels Wattepinsels 1—2 × tgl. Bloch.

**Otitis externa diffusa.** Über grössere Strecke des Gehörgangs verbreitete oberflächliche desquamative oder tiefere phlegmonöse Dermatitis, vorwiegend einseitig. **Ätiol.:** Reizungen oder Verletzungen der Epidermis, Influenza (hämorrhagische Otit. ext. gewöhnlich mit Otit. med. vereint), croupöse oder diphtherische Infektion. **Sympt.:** Schmerzhaftes Schwellung der Haut des Gehörganges, zuweilen mit Temperaturerhöhung, bei Übergreifen auf das Trommelfell mit geringer Schwerhörigkeit, Bildung serös-visciden oder eitrigen Sekretes, Borken bzw. Schuppen auf der Gehörgangshaut; meist länger dauernd. Gelegentlich Übergreifen auf Trommelfell mit Perforation, auch auf knöchernen Gehörgang mit Granulationsbildung. In chronischen Fällen kann ringförmige Verengung des Gehörganges oder strangförmige Verwachsung gegenüberliegender Stellen aus Granulationen, oder Gehörgangspolyp entstehen. Der regelmässige Ausgang ist Heilung.

**Diff.-Diagnose:** Ob Mittelohrentzündung besteht, muss nach Abschwellen der Gehörgangswände erkannt werden. Furunkel mehr begrenzt u. mit rascherem Verlauf; bei Mastoiditis

Rötung u. Senkung der hintern oberen knöchernen Gehörgangswand, Vorwölbung der hintern Wand durch Cholesteatom des Warzenfortsatzes. **Therapie:** In akuten Fällen Ohr-eisbeutel, Einlage von Watte wie bei Furunkulose, bei schuppender Haut Salben (cf. Ohrekzem u. Otomykosis).

Bloch.

**Otitis media.** Akute oder chronische Entzündung der Paukenhöhle, ohne oder mit stärkerer Beteiligung der übrigen Mittelohrräume, mit serösem, serös-schleimigem oder eitrigem Exsudat (Mittelohrkatarrh u. Mittelohreiterung).

**Otitis media catarrhalis acuta.** **Ätiol.:** Vergrößerung oder vorübergehende Schwellung der Rachenmandel in der Jugend, Tubenkatarrh, leichte hämatogene Infektion bei Masern, Influenza usw.; in der Regel doppelseitig. **Sympt.:** Gefühl von Vollsein, Verlegtsein, Schwerhörigkeit, Autophonie, Brausen im Ohr. Bei plötzlichem Beginn, bes. bei Kindern, Ohrschmerz, der mit spontanem Durchbruch oder künstlicher Entleerung des Exsudates durch das Trommelfell sofort schwindet. Trommelfell eingezogen (Hammergriff verkürzt erscheinend, kurzer Fortsatz stärker vorspringend, von ihm eine helle Falte bogenförmig nach hinten unten ziehend, Lichtreflex nicht an der normalen Stelle vorn unten), gelbliches oder grünliches Exsudat durchscheinend, bogenförmige Exsudatlinie oder Exsudatblasen sichtbar, meist mit Vorwölbung der untern u. Einziehung der oberen Hälfte des Trommelfells, Rötung des Hammergriffes oder geringere Injektion des ganzen Trommelfells. Warzenfortsatz nur druckempfindlich, wenn im Beginn Exsudat unter stärkerem Druck hinter geschlossenem Trommelfell. Exsudat kann ohne Paracentese nach einigen Tagen spontan verschwinden. **Diff.-Diagnose:** Von Transsudaten bei Tubenverschluss (die bakteriologisch steril sind) durch Inspektion nicht zu unterscheiden, wohl aber durch klinische Erscheinungen, wie Schmerz, stärkere Rachenkatarrhe, Anginen, Rötung des Trommelfells. **Therapie:** Bei Schmerz, Fieber, Druckempfindlichkeit an der Warzenfortsatzspitze Paracentese: Einlegen von Wattebäuschen mit Acid. carbol. liquef. 0,5, Cocain. mur., Menthol.  $\text{aa}$  2,0, Spir. dilut. 10,0 auf die hintere Hälfte des Trommelfells ca. 5 Minuten, bis die Stelle weisslich verätzt aussieht, dann völlig schmerzloser Schnitt mit Paracentesennadel durch den grösseren Teil der hintern Hälfte nach abwärts, ziemlich parallel zum hintern Trommelfellrand, in der Mitte zwischen diesem u. dem Hammergriff. Dick-schleimiges Exsudat durch die Politzer'sche Luftdouche herauszublasen. Danach Einlage sterilen Gazestreifens von Fingerlänge u. -breite, der gewechselt wird, so oft er vom Sekret durchtränkt ist. Trockenbehandlung. Wo Paracentese noch

nicht indiziert, Ohreisbeutel, Zimmeraufenthalt, Schwitzkur, Aspirin. Bei Fieber Bettruhe; Behandlung der Nase, der Rachenmandel, des Rachenkatarrhs, oder einer andern Krankheitsursache. Nach einigen Tagen Katheter, oder bei Kindern Luftdouche tgl. 1—2 ×, bis Gehör wieder normal ist.

**Otitis media catarrhalis chronica.** Über Monate oder Jahre langer Katarrh der Paukenhöhle, oft mit membranösen u. strangartigen Verwachsungen u. Fixation der Knöchelchen, oder in den Fensternischen; meist doppelseitig. *Ätiol.:* Acuter Katarrh, der rezidiviert u. nicht völlig ausheilt, chronischer Rachen- u. Tubenkatarrh (z. B. bei Rauchern, Arthritikern, Diabetikern). *Sympt.:* Subjektive Geräusche, Schwerhörigkeit mit besonders schlechtem Gehör für tiefe Töne u. tiefe Sprachlaute. Trommelfell bald in toto verdickt, bläulich-weiss oder hellgrau-weiss, bald in einem Längsstreifen zwischen Hammergriff u. Rand, meist eingezogen, im Siegleschen (pneumatischen luftdicht in den Gehörgang gesteckten) Trichter nicht so frei beweglich als normal, bei partiellen Verwachsungen ungleich beweglich. *Diagnose* aus der Dauer, dem Trommelfell- u. Hörprüfungsbefunde zu stellen. Fehlen vorausgegangener Mittelohreiterungen. Bei dem ähnlichen Funktionsbefunde der Stapesankylose (cf. Otosklerose) ist Trommelfell normal. *Therapie:* Behandlung des causalen Nasen- u. Rachenleidens u. des Allgemeinzustandes, Katheterismus der Tuba Eustachii bei verzögerter Resorption des schleimigen Sekretes mit täglichen Einblasungen von Salmiakdämpfen zu verbinden: drei Wulffsche Flaschen, die durch Gummischläuche miteinander verbunden werden können. In der ersten ein wenig rauchende Salzsäure, in der zweiten etwas Liq. ammon. caust., in der dritten Aqu. font. mit einigen Stücken Weinsteinkrystallen. Durch Doppelgebläse wird der Salzsäurerauch in die zweite Flasche geblasen, hier bildet sich Salmiak, der in der dritten Flasche, in welche er unter den Wasserspiegel geleitet wird, von überschüssiger Säure u. Ammoniak befreit wird. Aus der zweiten Öffnung der dritten Flasche wird der neutrale Salmiakdampf mittels Gummischlauches in den Katheter u. durch die Tube in die Paukenhöhle geleitet. Ferner durch Katheter je einige Tropfen von 2% Natr. bicarb., bzw. 1‰ Adrenalinlösung, oder Glycerin. Zur Dehnung von Verwachsungen Rarefaktor (Saugbewegungen am Trommelfell mit dem Rarefaktor oder einem Gummischlauch im Gehörgang). Bei hartnäckiger Verengung der Tube Bougierung mittelst Celluloidsonde durch den Katheter oder quellender Darmsaite. Erstere kann auch zur Vibrationsmassage verwendet werden. Vorsicht wegen traumatischem Emphysem. Operative Eingriffe in ihrer Wirkung unsicher, nicht für praktischen Arzt. Gegen sub-

jektive Geräusche Gehörgangs-, Tuben-, Paukenmassage oft von Nutzen.

**Otitis media suppurativa acuta.** Mit Eiterung in den Mittelohrräumen einhergehende Entzündung der Paukenschleimhaut, die unter akut fieberhaften Erscheinungen beginnt, durch Strepto-, Diplo- oder Staphylokokken bedingt; häufiger einseitig. **Ätiol.:** Akute Infektionskrankheiten, Entzündungen u. Katarre der Ohrtrompete, Operationen in der Nase (galvano-kaustische, Schlingenoperationen, Septumoperationen), Nasenspülungen mit Eintritt von Flüssigkeit durch die Tube in die Paukenhöhle, Verletzungen des Trommelfells, auch durch unzweckmässige Extractionsversuche bei Fremdkörpern, kunstwidrige Behandlung von Trommelfellrupturen. **Sympt.:** Beginn mit Fieber bis 40°, manchmal Frösteln, selten Schüttelfröste, allgemeine Prostration, Eingenommenheit des Kopfes, bei Kindern manchmal Krämpfe, Erbrechen. Schmerzen im Ohr u. Umgebung, Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes, pulsierende Geräusche im Ohr, Autophonie, Schwerhörigkeit, die hohen Grad erreichen kann. Erleichterung aller dieser Symptome, sobald Eiterabfluss durch Spontanperforation oder Paracentese des Trommelfells. Trommelfell diffus rot, manchmal grau, geschwollen, so dass Einzelheiten nicht zu erkennen, vorgewölbt, manchmal vorwiegend im hintern oberen Quadranten. Rötung der angrenzenden Teile des knöchernen Gehörgangs. Bei Influenzaotitis oft Blutblasen im Trommelfell u. in der Tiefe des Gehörgangs sichtbar. Eiterung anfangs meist profus, in einer bis mehreren Wochen allmählich abnehmend, schliesslich seröse Absonderung. Trommelfell abschilfernd, marmoriert aussehend, dann graurot, allmählich sich aufhellend. Schwerhörigkeit abnehmend, Geräusche meist lange andauernd. **Ausgänge:** Völlige Heilung unter vollkommener Restitution, auch der Funktion. Zurückbleiben von trocknen Defekten, Narben, Verwachsungen, Verkalkungen mit Minderung des Hörvermögens. Übergang der Entzündung auf u. Abscessbildung im Warzenfortsatz (s. Mastoiditis). Ausgedehnte Knochenprozesse im Mittelohr, Caries u. Sequesterbildung. Beteiligung des Labyrinths\* mit Einbruch des Eiters durch die Labyrinthfenster (Panotitis). Intracraniale Komplikationen: Meningitis, Extraduralabscess, Gehirnabscess, Sinusthrombose, Pyämie aller Grade; auch Gelenk- u. sonstige Rheumatismen; allgemeine Sepsis; Übergang in chronische Mittelohreiterung. **Diff.-Diagnose:** Übergänge von katarrhalischer zur eitrig-entzündlichen Otitis. Eiternder Furunkel mit Verlegung des Lumens des Gehörganges meist durch Schwellung des letzteren u. Anamnese zu erkennen. Durch den über die stenosierte Stelle hineingezwängten Ohrtrichter erblickt man das intakte

Trommelfell. Durch die Trommelfellperforation drängt sich aus der entzündeten Paukenhöhle ein Eitertropfen heraus, auf dessen Kuppe mit dem Puls isochron ein Lichtpunkt sich bewegt. Narben nach grösseren Trommelfelldefekten zeigen die Form dieser. Kalkeinlagerungen als Überbleibsel von Eiterablagerungen sind scharf begrenzte weisse Flecke, häufig mit radiären Ausläufern gegen die Trommelfellmitte. Cf. Schwerhörigkeit. **Prognose:** Eine Otitis media ist nicht geringer zu bewerten als eine Pneumonie; die Komplikationen sind sogar viel mannigfacher u. ernster. **Therapie:** Im fieberhaften Beginn Bettruhe, Antipyretica, Aspirin, Ableitung auf den Darm, Ohreisbeutel. Paracentese des Trommelfells (s. Seite 423). Bei massenhaftem Eiterabfluss nur Watteeinlage, die alle 1 bis 2 Stunden zu wechseln ist, nachts Watteverband auf das Ohr. Ausspülen mit warmem 3% Borwasser unter schwachem Drucke, oder Einblasung eines Spray von 6% Wasserstoff-superoxyd, der in der Form eines dichten Schaumes den Eiter mit entfernt u. den Gehörgang reinigt, Nachtrocknen mit Wattestäbchen, Reinhalten des Gehöreinganges. Sorge für freien Sekretabfluss aus dem Mittelohr durch Erweiterung der Trommelfellöffnung oder wiederholte Paracentesen. Ersatz der Watte durch Einlage von sterilen Gazestreifen bis an das Trommelfell heran, die 1—2 × tgl. zu erneuern sind, wenn die Sekretion abgenommen hat. Später, wenn akut entzündliche Erscheinungen verschwunden, Katheterismus, täglich oder 3 × wöchentlich. Offenlassen des Gehörganges, sobald Trommelfellperforation geheilt ist. **Komplik.:** Bei heftigen Entzündungen, wie durch stark virulente Streptokokkenstämme oder bei dyskrasischer Konstitution (Diabetes, Tuberkulose), ev. teilweise oder totale Zerstörung bzw. Exfoliation von Hammer u. Ambos, sowie Nekrotisierung einzelner Stellen des Mittelohrknochens, so des Facialkanales (Facialisparense!), der Labyrinthwand (akute Labyrintheiterung! cf. Seite 292). Wenn die dünne Knochenwand zwischen Warzenzellen oder Pauken- oder Antrumdach u. mittlerer oder hinterer Schädelgrube einschmilzt, entsteht ein Extraduralabscess, der mit dem eitrigen Entzündungsherde im Ohre zusammenhängt u. seinen Inhalt in dieses entleeren kann. Metastatische Extraduralabscesse bei geschlossenem Schädelboden über der Entzündungsstelle sind seltener, meist nur durch anhaltende Kopfschmerzen u. Klopfempfindlichkeit an der Schläfe angedeutet, zuweilen durch Nackenschmerz bei Kopfbeugung, bis Durchbruch nach aussen oder gegen die Arachnoidea (Meningitis) erfolgt. Granuliert die Dura unter dem Abscess, so kann der Durchbruch oder Einbruch in das Gehirn leicht eintreten. Prognose nur bei offenem Extraduralabscess günstig. Behufs Freilegung

u. Drainierung der Eiterhöhle chirurgischer Eingriff erforderlich. Weitere Komplikationen: Mastoiditis\*, Sinusphlebitis\* u. -thrombose, Meningitis u. Gehirnbruce\*.

**Otitis media suppurativa chronica.** Eitrige Mittelohrentzündung, die länger als ein Vierteljahr dauert. *Ätiol.:* Vernachlässigte akute Entzündung, bei welcher der Eiter unter dem Einflusse von aussen eingedrungener Luftbakterien sich zersetzt u. die Schleimhaut stets von neuem reizt. Akute Otitis med. mit stark virulenten Bakterien, bes. Streptokokken, bei der es rasch zu Zerstörungen der Periostschleimhaut, des Knochens, der Ossicularverbindung mit ihrer Ernährungsbasis kommt (Scharlach). Otitis med. des Recessus epitympanicus (Kuppelraumes) mit Eiterretention, abgesackten Abscessen, die durch die Membrana Shrapnelli durchbrechen. Cholesteatom kann Folge wie Ursache andauernder Mittelohreiterung sein. Akute Otitis med. bei konstitutionell Geschwächten (Anämie, Diabetes, Nephritis, Tuberkulose; cf. Otitis med. tuberculosa). *Sympt.:* Andauernde Mittelohreiterung, die sich von der ersten Kindheit bis ins hohe Alter erstrecken kann. Wenn doppelseitig, hochgradige Schwerhörigkeit; zuweilen subjektive Geräusche, selten Kopfschmerz oder Schwindel, wenn nicht Komplikation mit Labyrinthkrankung. Meist grössere Defekte im Trommelfell, kreisrund, oval, nierenförmig, wobei das Ende des Hammergriffs im „Hilus“ der Niere liegt, herzförmig, Totaldefekt der Pars tensa des Trommelfells oder auch noch der Pars flaccida mit Verlust von Hammer u. Ambos, selbst mit Zerstörung der knöchernen Umrandung der Shrapnellischen Membran u. mit Sequestrierung der Schnecke. *Verlauf u. Ausgänge:* Kann unbehandelt jahrzehntelang dauern, durch geeignete Behandlung, je nach dem Zustande des Knochens u. der Konstitution in Monaten oder Wochen zur Heilung kommen. Eiterungen im oberen Paukenraum sind die hartnäckigsten, solche mit centalem Defekte des Trommelfells, der nicht bis zum Rande reicht, die prognostisch günstigsten. Sonst die **Komplik.** massgebend, welche dieselben sind wie bei Otitis med. acuta; s. auch Ohrcholesteatom. *Diff.-Diagnose:* Anamnese, Verlauf, sichtbarer Befund schliessen meist jeden Zweifel aus. Vernachlässigte akute Entzündung, selbst mit fötidem Sekret, kann sich unter zweckmässiger Behandlung durch rasche Heilung als solche zu erkennen geben. *Therapie:* Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, Behandlung von Nasen- u. Rachenaffektionen, bes. auch Entfernung etwaiger Reste der vergrösserten Rachenontonsille. Möglichst sorgfältige regelmässige Entfernung des Eiters durch täglich bzw. in erforderlichen Zeitabständen wiederholte Paukenspülungen durch das Paukenröhrchen mit warmer schwacher Borsäure- (2%), Carbol- (0,5%)

oder ähnlicher Lösung, nachfolgende Austupfung der Flüssigkeit aus Gehörgang u. Paukenhöhle u. danach sorgfältiges Ausblasen, ebenfalls durch das Paukenröhrchen, mit dem Doppelgebläse. Bei Schwindel aufhören; Nystagmus normale Erscheinung. Bei mässiger Sekretion Ausblasen ohne Spülung. Bei kleinerer Perforation, besonders im oberen Teile des Trommelfells nur ausblasen. Danach Einlegung sterilen Gazestreifens von Fingerlänge u. -breite bis zur nächsten Behandlung. Flach granulierende Schleimhaut bei grossen oder totalen Defekten mit Borsäure überstreuen (Pulverbläser; der Überschuss ist abzublasen) oder in Abständen von mehreren Wochen mit 3% Chromsäurelösung befeuchten, die nach 10 Minuten abgespült wird. Stärkere Granulationen ätzen (Lapissonde) oder mit Spiritustropfen behandeln (3% Carbol-, 1‰ Sublimatspiritus). Entfernung von Hammer- u. Ambossresten, Curettieren der lateralen Wand des Kuppelraums. Radikaloperation (s. S. 412); cf. auch Ohrpolypen.

**Otitis media tuberculosa.** Akut beginnende, aber chronisch werdende eitrige Mittelohrentzündung auf tuberkulöser Basis. Bacillen nur selten zu finden, in frischem Sekret im Beginn oder in Granulationen oder an Sequestern. *Sympt.:* Meist schmerzlose Bildung von eitrigem Exsudat, Durchbruch, mehrfache Perforationen, die Tendenz zu unregelmässiger Vergrösserung u. Konfluieren haben; fortschreitende Einschmelzung des Trommelfells, Übergreifen auf knöcherne Umrandung bes. oben, unmerklicher Übergang in die chronische Form; durch Therapie weniger leicht zu beeinflussen, als andere Mittelohreiterungen; manchmal grauweisser zäher Belag auf Paukenschleimhaut, charakteristisch für diese Form. Zuweilen fortschreitender cariöser Zerfall des Knochens mit multipler Sequesterbildung. Ausbreitung auf den Fallopischen Kanal (Facialislähmung), gegen den Canal. caroticus. (Blutung aus Sinus caroticus oder schliesslich aus Carotis), nach dem Labyrinth u. auf die Meningen. Bei sonst gutem Befinden Heilung mit u. ohne Radikaloperation möglich. Gehör oft wegen gleichzeitiger tuberkulöser Neuritis acustica sehr schlecht. *Diff.-Diagnose:* Schleppender progressiver Verlauf, Gegenwart von sonstigen tuberkulösen Prozessen im Körper, Nachweis von T.-B., spezifische Reaktionen. *Therapie:* Weniger eingreifend als sonst. Wesentlich Behandlung des Allgemeinzustandes (Heilstätten mit Gelegenheit zu lokaler Behandlung). Einblasung von Jodoform nach sorgfältiger Reinigung 1—2 × wöchentlich. Bei dringender Indikation oder günstigem Allgemeinzustand Radikaloperation. Fieber keine entscheidende Gegenanzeige, da es durch Eiterretention im Ohre erzeugt sein kann. Bloch.

**Otomykosis.** Entstehung von Pilzrasen im Ohre, hauptsächlich *Aspergillus* (*niger*, *fumigatus*, *flavus*) seltener *Penicillium*, *Verticillium*, *Otomyces*, *Mucor* (*corymbifer* u. *septatus*), *Eurotium*. In ekzematös erkranktem, mit Fetten behandeltem Gehörgang, auch auf Cerumen, selbst auf dem Trommelfell, bei Defekten desselben auch in der Paukenhöhle u. in zugänglichen Warzenzellen. *Sympt.:* Multiple punktförmige Kulturen, schwärzlich, gelb, grau, weiss, oder grössere Rasen, auf injizierter Haut sitzend. Manchmal keine subjektiven Beschwerden, sonst Jucken, Schmerz, bei Übergang auf das Trommelfell Schwerhörigkeit u. zuweilen Sausen. Gerne rückfällig. *Diagnose:* Meist durch Inspektion zu stellen, sicher durch Mikroskop. *Therapie:* Eingiessen von Alkohol auf 5 Minuten, 1—2 × tgl., allenfalls zunächst *Spir. dilut.*, oder alkoholische Lösung von 1 ‰ Sublimat, 2% Salicyl-, 3% Bor- oder Carbol-säure. Bloch.

**Otosklerose.** Unglücklicher Name für eine mit zunehmender Schwerhörigkeit einhergehende Erkrankung des Hörnerven u. langsame Knochenwucherung in der Labyrinthkapsel, namentlich auf dem Promontorium gegen das ovale Fenster zu, dessen Ringband nebst der Steigbügelplatte überwachsen wird, so dass Steigbügelankylose entsteht. Diese u. die Beteiligung des Hörnerven erzeugen die klinischen Symptome; meist doppelseitig. *Ätiol.:* Oft Vererbung, vielleicht Syphilis, Gicht; Verschlimmerung durch Schwangerschaften u. erschöpfende Krankheiten. *Sympt.:* Beginn vom 2. Lebensjahrzehnte an. Zunächst nur subjektive Geräusche, Sausen, Sieden u. a., allmählich oder ruckweise zunehmende Schwerhörigkeit, die auf beiden Ohren von ungleicher Stärke u. Art sein kann, selten einseitig bleibt. Die subjektiven Geräusche können sich zu furchtbarer Höhe steigern, die Schwerhörigkeit bis an die Grenze der Taubheit. In vorgeschrittenen Fällen Parakusis Willisii (Besserhören im Lärm, in Eisenbahnzügen, Fabriken u. dgl.), die für diese Krankheit bezeichnend ist. Ist Steigbügel durch Knochenwucherung schon fixiert, so besteht Schwerhörigkeit vorwiegend mit Verlust der tiefen Töne u. Geräusche, tiefste Töne fallen ganz aus, mit allmählich zunehmend negativem Rinne, mit Herüberhören einer Schallquelle vom Scheitel nach dem in Luftleitung schlechter hörenden Ohre beim Weber'schen Versuch. Bei geringer oder fehlender Beteiligung des nervösen Apparates Verlängerung der Knochenleitung über die Norm, sonst — u. in der Regel in vorgeschrittenen Fällen — Verkürzung der Knochenleitung für Stimmgabeln. Gelléscher Versuch vom Scheitel negativ. Solange Steigbügel noch beweglich, nur Zeichen nervöser Schwerhörigkeit. Gleichgewichtsstörungen nicht häufig. Trommelfell normal, manchmal Pro-



monitorium gerötet durchscheinend. **Diagnose** in ausgesprochenen Fällen leicht: Schwerhörigkeit bei normalem Trommelfellbefund mit Verlust der tiefsten Töne (1—2 Oktaven oder mehr), negativem Rinne, negativem Gellé, Erhaltung der Knochenleitung selbst bei stärkerer Schwerhörigkeit für Sprache, (tiefe Sprachlaute erheblich schlechter als hohe). Parakusis Willisii, wo vorhanden, fast schon allein entscheidend. Bei Adhäsivprozessen sind, bei ähnlichem funktionellem Befunde, Verwachsungen oder Narben zugegen. Doch kann echte Hyperostose der Labyrinthkapsel (Otosklerose) selbst neben Ohr-eiterungen vorkommen. **Prognose u. Verlauf:** Fortschreiten bis fast zur Taubheit; der Knochenprozess selbst nicht zu beeinflussen. **Therapie:** Begleitende Katarrhe behandeln. Gleichmässige, vernünftige Lebensweise, genügender Schlaf, warme Bäder, keinerlei Exzesse, Verhüten der Gravidität, kein Tabak. Jodkali, Phosphor in Emulsion z. B. Rp. Nr. 174 oder als Phytin, tgl. 2 Kapseln oder 2—3 × tgl. 15 Tr. Phytin. liquid. Massage jeder Art nur in nicht vorgeschrittenen Fällen wirksam; Ablesen vom Munde. Cf. Ohrgeräusche. Bloch.

**Ovarialgie.** Syn. Ovarie (Charcot). Spontane u. Druckschmerzhaftigkeit der Eierstockgegend, meist beim weiblichen Geschlecht, selten beim Manne. **Ätiol.:** Noch ungeklärt. Zuweilen Neuralgien peripherer Äste von Spinalnerven beim Durchtritt durch Muskelfascien; in anderen Fällen wahrsch. chronische Hyperämie des Ovariums. Mittelbare Ursachen: Neuropathische Veranlagung, Hysterie, Neurasthenie. **Sympt.:** Bohrende, brennende, stechende Empfindungen, vorübergehend Wochen u. Monate lang oder ständig bestehend, mitunter bei Kohabitation u. Defäkation sich steigend; häufig sog. Mittelschmerz (S. 132). Charakteristischer Druckpunkt gewöhnlich nicht am Sitz des Eierstocks, sondern oberhalb des kleinen Beckens in den Bauchdecken! **Diagnose:** Feststellung des typischen Druckpunkts. Tastbare Veränderungen des Eierstocks nur in seltenen Fällen. **Therapie:** In erster Linie tonisierende allgemeine u. suggestive Behandlung. Vorsichtiger Versuch lokaler Massnahmen: Priessnitz, trockene Wärme (Heissluftkasten); Einreibungen (Ichthyol, Mesotan usw.), Antineuralgica per os, per rectum, subcutan an Stelle des Schmerzpunkts; cave: Morphinum, Opiate!. Gynäkologische Lokaltherapie kontraindiziert. Bei Erfolglosigkeit dieser Behandlung in schweren Fällen operative Therapie berechtigt: Lageverbesserungen, Messerstichelungen des Ovariums oder Ovariektomie (stets nur einseitig) bes. bei greifbarem objektiven Befund. Scheinoperationen sind im allgemeinen zu widerraten.

Kayser.

**Ovarialtumoren.** I. Vom Parenchym oder Bindegewebe ausgehend. Zu ersteren gehören die epithelialen Geschwülste (Cystoma simplex, Cystadenome, Papillome, Carcinome) u. die ovulogenen Geschwülste (Dermoide, Teratome); zu letzteren die Fibrome, Sarkome, Peritheliome. Wichtige Formen: **Cystadenoma pseudomucinosum.** Häufigste wahrscheinlich aus den Primordialfollikeln sich entwickelnde Geschwulstform, meist zwischen 30 u. 50 Jahren (bei kinderlosen Frauen), ein- u. doppelseitig auftretend; bis kindskopfgross; ovoid oder sphärisch (uni- oder multilokulär); Inhalt bald mehr dünnflüssige fadenziehende, bald zähgallertige verschiedenfarbige Substanz, welche Pseudomucin enthält (wird im Gegensatz zu Mucin durch Essigsäure nicht verändert); Metastasenbildungen selten, am häufigsten noch bei den sog. Geleétumoren (Pseudomyxoma peritonei), die an verschiedensten Stellen des Bauchfells auftreten können. **Cystadenoma serosum.** Papilläres Cystom s. Papillom. Häufig doppelseitig, meist intraligamentär; wenig beweglich; mit Ascites verbunden; zu ausgedehnten Metastasen neigend; vom Keimepithel des Ovariums stammend, mit Flimmerepithelbesatz der Innenwand u. dünner bald klarer, bald getrübt, kein oder nur Spuren von Pseudomucin enthaltender Flüssigkeit sowie blumenkohlartigen (papillären) Massen gefüllt. Diese Excrescenzen durchbrechen häufig die Cystenwand. Konsistenz des gleichen Tumors an verschiedenen Stellen verschieden. **Carcinome.** Umfassen die primären idiopathischen u. die durch Degeneration von Ovarialgeschwülsten entstehenden Carcinome. Mikroskopisch zumeist Drüsenkrebs. Das Ovarium ist Prädilektionssitz von Metastasen, bes. bei primärem Carcinom des Magens u. des Corpus uteri. Meist doppelseitig, keine oder sehr geringe Beweglichkeit; Ascites; frühzeitiges Oedem der Bauchdecken u. der Beine; oft knollige Metastasen im Abdomen fühlbar; Drüsen; Kachexie. Höheres Alter für Diagnose nicht verwertbar. **Dermoide.** Am häufigsten bei geschlechtsreifen Frauen, aber auch bei Neugeborenen. Rundliche oder sanduhrförmige bei Körpertemperatur cystische, beim Erkalten teigige, fast nie intraligamentär sitzende Tumoren. Im Innern neben gewöhnlich stark getrübt Flüssigkeit erbsen- bis haselnussgrosse Kugeln, welche Wachstumsprodukte aller 3 Keimblätter (Haare, Zähne, Nägel, fingerähnliche Bildungen usw.) enthalten. Charakteristisch: langsames Wachstum; jugendliches Alter; leichte Beweglichkeit; häufig sanduhrförmige Einschnürung; Lage meist vor dem Uterus. **Teratome.** Rundliche, auf dem Durchschnitt unregelmässige, Erweichung u. Cystenbildung zeigende, hauptsächlich solide Tumoren mit knolliger, aber glatter Oberfläche, in dem ebenfalls Produkte aller 3 Keimblätter, aber regellos durcheinander, vorkommen. Selten. Mikroskopisch: meist Car-

cinom- u. Sarkombildung. **Fibrome.** Solide, meist eine diffuse Hyperplasie des Ovariums darstellende, auf dem Durchschnitt gleichmässig grauweisse Geschwulst mit glatter, mitunter höckeriger Oberfläche u. nabelartiger Einziehung am Sitz des Hilus. Selten. Häufig dabei Ascites. **Sarkome.** Solide, meist langgestielte Tumoren mit nabelartiger Einziehung primär u. metastatisch (ausgehend vom Sarcoma uteri). Mikroskopisch: Spindel- u. Rundzellensarkom. Selten, **Peritheliome u. Endotheliome.** Von Gefässwänden ausgehende, sarkomartige Tumoren, meist bei jungen Mädchen im Pubertätsalter. Selten.

**Sympt.:** Fehlen anfangs; treten zumeist erst durch Druck auf die Nachbarorganen infolge von Raumbeschränkung auf: Leib- u. Kreuzschmerzen, Gefühl der Schwere, Blasen- u. Stuhlbeschwerden, Spannung der Bauchdecken, Verstreichen des Nabels, Atemnot infolge Empordrängung des Zwerchfells, Umfangsvermehrung des Leibs, die infolge von Ascites (bes. bei malignen Geschwülsten u. Papillomen) noch gesteigert wird. Häufig Anschwellung der Brüste (Colostrum), Menorrhagien\*, Metroirrhagien, ev. Menstruatio praecox\*, anderseits auch Amenorrhoe. Zuweilen Entzündung u. Vereiterung. Gutartige O. zeigen langsames, oft über Jahre sich hinziehendes, maligne O. rascheres Wachstum. Bei allen Geschwulstformen nach langem Bestehen Kachexie. Virulente Berstung dünnwandiger Cysten (z. B. bei grober bimanueller Untersuchung) verläuft oft symptomlos. Häufiger ist Stieldrehung bes. der langgestielten Dermoiden (Ursache: Bauchpressewirkung, seltener Darmperistaltik) mit ihren Folgeerscheinungen: 1. plötzlich auftretender heftiger Leibscherz; Bauchdeckenspannung; Erbrechen; Fieber; Symptome klingen in den meisten Fällen allmählich ab; selten wird Tumor infolge Atrophie des Stiels zum Corpus liberum. 2. Verjauchung des Tumors. Folge zumeist Durchbruch in Rectum, Scheide, Blase, seltener in die gewöhnlich durch derbe Schwielen geschützte Bauchhöhle. **Diff.-Diagnose:** Bis mittelgrosse Ovarialgeschwülste sind von Beckenwandungen u. Uterus gut abgrenzbar, mit letzterem stiel förmig verbunden, frei beweglich. Grosse O. bilden fluktuierende Tumoren; Perkussionsschall im Tumorbereich gedämpft, in den Lendengegenden tympanitisch. Im Gegensatz zum Ascites\* pflanzt sich die Fluktuationswelle weniger deutlich über das Abdomen fort u. bei Seitenlagerung bleibt Schallgrenze unverändert. Gefüllte Harnblase (lässt sich durch Katheter entleeren). Myom steht mit Uterus in breiterer derberer Verbindung; bei Sondenuntersuchung Verlängerung der Uterushöhle; oft sind beide unveränderten Ovarien abtastbar. Bei interstitiellen Myomen häufig Verlauf der Lig. rotunda uteri über die Vorderfläche des Tumors erkennbar. **Adnextumoren** meist doppel-

seitig, stehen mit dem Uterus in breiter Verbindung; beschränkt bzw. gar nicht beweglich; anamnestisch oft peritonitische Erscheinungen. Haematocoele retrouterina: Anamnese (Ausbleiben der Regel, kollapsähnliche Zustände!); Uterus nach vorn u. oben verdrängt; Portio oft hoch dicht hinter der Symphyse; rectale Untersuchung! Gravidität: Cervix kann Uterus, der schwangere Uterus Ovarialtumor vortäuschen. Entscheidend Anamnese u. Feststellung sicherer Schwangerschaftszeichen (Herztöne, kindliche Teile); wenn dies nicht möglich (tote Frucht, Hydramnion, Blasenmole) Nachweis fester, nicht stiel förmiger Verbindung zwischen beiden Gebilden. Nierentumoren, bes. cystische: völlig unbeweglich; keine Stielverbindung mit dem Uterus; Colon liegt der vorderen Fläche auf. Bauchdeckenfibrome: Oberflächliche Lage. Betr. Milz- u. Lebertumoren cf. Unterleibsgeschwülste. **Therapie:** Jeder sicher diagnostizierte O. ist, wenn möglich, ausserhalb der Menstruation auf abdominellem (bei nicht eitrigen Formen mit Küstner-Pfannenstielschem Querschnitt) oder vaginalem Weg (zumeist durch Kolpotomia post., seltener Kolpotomia ant.), auch bei Entzündung u. Vereiterung zu exstirpieren. Kontraindikationen: Menstruation; schwere Zirkulationsstörungen; schwerer Diabetes, seniler Marasmus, dagegen nicht Schwangerschaft. Sorgfältige Inspektion des zweiten Ovariums, das bei allen papillären Tumoren, Carcinomen, Endotheliomen u. weichen Sarkomen ev. unter Wegnahme des Uterus gleichzeitig exstirpiert wird. Bei doppelseitiger Ovariectomie Transplantation etwa erhaltener gesunder Reste der Ovarien (unter die Haut in die Bauchhöhle) zweckmässig. Metastasen papillärer Cystome verschwinden oft nach Wegnahme des Primärtumors. Auch bei vorgeschrittenen bösartigen Formen Laparotomie. Verhindert O. Geburt, dann Repositionsversuch, bei Misslingen vaginale Ovariectomie oder Sectio caesarea mit gleichzeitiger Ovariectomie (cf. S. 191). Im Wochenbett Ovariectomie nur bei Entzündung u. Stieltorsion indiziert. — Cf. parovariale Cysten. Kayser.

**Ovula Nabothi.** Retentionscysten der Portio. **Ätiol.:** Das die Geschwürsbildung der Portio deckende Zylinderepithel (cf. Cervixerosion) bringt in die Tiefe wuchernd drüsenartige Gebilde hervor. Infolge völligen oder partiellen Verschlusses dieser Gebilde Sekretstauung. **Sympt.:** 1—10 mm grosse einzeln oder multipel auftretende blasenartige in der Tiefe oder an der Oberfläche der Portio liegende Cysten, die sich bei zunehmendem Innendruck stielen u. zu ein- oder mehrkammerigen, mitunter bis zu 4 cm im Durchmesser betragenden, aus der Scheide hervortretenden Polypen auswachsen können. In weit vorgeschrittenen Fällen entsteht Bild der folliculären Hypertrophie der Portio. **Diff.-Diagnose:** Uteruscarcinom\*.

In verdächtigen Fällen Probeexcision u. mikroskopische Untersuchung. **Therapie:** Eröffnung der sichtbaren u. unsichtbaren Ovula Nabothi durch Stichelung mit nachfolgender mehrtägiger Glycerintamponade. Bei Erfolglosigkeit oder in vorgeschrittenen Fällen keilförmige Excision der hypertrophischen Lippen. Cf. Cervicalkatarrh. Kaysar.

**Oxalsäurevergiftung.** **Sympt.:** Wie bei Schwefelsäurevergiftung (aber weisse Ätzschorfe). Ausserdem nervöse Erscheinungen (Parästhesien, Paresen, Krämpfe, Ohnmachten, Mydriasis usw.), Dyspnoe, Nephritis, Herzlähmung. **Diff.-Diagnose:** Nachweis der Oxalsäure im Erbrochenen (meist braun bis schwarzbraun) u. Urin. Letzterer enthält auch viele Kalkoxalatkrystalle (Briefkuvertform) u. gibt Indigoreaktion. **Therapie:** Schleimige Getränke, Opiate (Rp. 8a). Kalkpräparate, z. B. Kalkwasser (esslöffelweise; auch rein zur Magenspülung), Calcaria saccharata (1,0 in Milch); ev. gepulverte Kreide, Eierschalen. Aderlass u. Kochsalzinfusion. Narkotica, Analeptica. Im übrigen symptomatisch. Guttmann.

**Oxuris vermicularis.** Weisse fadenförmige Würmchen, Männchen 3–4, Weibchen 12 mm; im Dickdarm. Wandern zuweilen, bes. Abends, in die Umgebung des Anus aus. Eier 0,05 mm, oval, mit grobkörnigem Inhalt u. 2–3facher heller Schale; fehlen manchmal im Stuhl. **Sympt.:** Starkes Jucken am Anus u. in der Vulva; als Folgen ev. Proktitis, Vulvitis, Masturbation, Erektionen. **Therapie:** Gründliche Reinigung u. Desinfektion der Hände u. Nägel vor u. nach jeder Mahlzeit, ferner des Anus nach jedem Stuhlgang. Verhütung der Übertragung durch Kleider usw. Wiederholt Santonin und Abführmittel (cf. Ascaris). Mehrere Wochen täglich Mastdarmspülungen (1 l Wasser + 2–4 Essl. Kochsalz oder 1–2 Essl. Essig, oder 15,0–30,0 Chlorwasser). Auch Klystiere von Milch mit zerriebenen Knoblauch, Kalkwasser (1:3 Aq.), Thymol (1:100 Ol. Oliv.), Naphthalin (1–5:60 Ol. Oliv.). Einfetten der Afterumgebung u. Mastdarmschleimhaut mit grauer Salbe. Gleichzeitig Behandlung ev. infizierter Familienmitglieder. Guttmann.

**Ozaena.** Vorwiegend bei Weibern, Beginn meist im jugendlichen Alter; fast stets beiderseitig. **Ätiol.:** Unklar. **Sympt.:** Starker, widerlicher, fauliger Foetor ex naribus, vom Patienten selbst wegen Atrophie der Riechschleimhaut u. Zerstörung der Riechnervenendigung nicht wahrgenommen. Atrophie der gesamten Nasenschleimhaut, später auch des Knorpelgerüsts, so dass Nasenhöhle abnorm weit. Grünliches, schmieriges, zähes Sekret, das durch Eintrocknung leicht Borken u. Krusten erzeugt u. Nasenhöhle, Nasenrachen, auch

Kehlkopf u. oberen Luftröhrenteil ausfüllen kann. Borken kleiden betr. Schleimhautpartien, oft tapetenförmig fest anhaftend, aus, so dass bei Entfernung gewöhnlich blutende Erosionen. Störungen des Riechens u. Schmeckens; Mundatmung; Trockenheit u. Reizempfindung in Nase u. Rachen, so dass Würgen, Räuspern, Husten, selbst Erbrechen. Druck im Kopf u. Eingenommenheit. Nasenrücken oft abgeplattet, breit. **Komplik.:** Infektionen des Mittelohres (durch Tuba Eustachi) u. der Nasennebenhöhlen. Pharyngitis sicca\*. Bronchitis (wegen der Mundatmung). Magenstörungen (durch verschluckte Sekrete bzw. Borken). **Diff.-Diagnose:** Nasensyphilis\*, Nebenhöhleneiterungen (mehr einseitig). Rhinitis chronica atrophicans\*, Rhinitis sicca anterior\*, Rhinosklerom\*. **Therapie:** Vor allem beständige Entfernung von Sekret u. Borken, denen Fötör ausschliesslich anhaftet. Einlegung ausfüllender Wattebäusche, die durch Reizung der Schleimhaut Flüssigkeitsabsonderung, somit Durchtränkung u. Lockerung der fest anhaftenden Borken nach  $\frac{1}{2}$ —1 Stunden bewirken (Gottstein'sche Tamponade). Danach einfaches Ausschneuzen oder Ausspülen mittels Nasendusche (am besten sog. Gummidruckpumpe, nicht Irrigator, welcher durch zu hohen Druck schädlich) oder Sprayapparat. Als Spülflüssigkeit (stets lauwarm) für Dusche: Kali hypermanganicum bis zur Rosafärbung des Wassers, dgl. Kochsalz 0,9%, ferner Kalium carbonicum oder bicarbonicum  $\frac{1}{2}$ —1%; für Spray: Natr. biborac. 45, Glycerin 100. Aq. dest. 250, oder 1 Teelöffel Kochsalz, 2 Teelöffel Glycerin auf  $\frac{1}{4}$  l Wasser. Mechanische Entfernung der Krusten u. Borken mittels Kornzange u. Pinzette nach Ausspülung mit Wasserstoffsperoxyd (2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser) oder nach Einlegen von Wattebäuschen, die damit getränkt (nur durch Arzt unter Spiegelkontrolle). Zwecks Verengerung der abnormen Nasenweite u. geringerer Krusten- u. Borkenbildung mitunter Paraffininjektionen (Schmelzpunkt 45—55%) mittels Spezialspritze unter Schleimhaut der unteren Muscheln wirksam (cave Oedem der Lidhaut u. Embolien des Auges); in einer Sitzung stets weniger als 2 ccm langsam injizieren. Mittel zur sog. Umstimmung der atrophischen Schleimhaut, wie Vibrationsmassage, Galvanokaustik, Ätzungen. Licht- u. Radiumbehandlung unwirksam, teilweise schädlich. Innerlich allenfalls Jodpräparate (Rp. 27—29) zur reichlicheren Flüssigkeitsabsonderung. Bei Beteiligung von Rachen, Kehlkopf, Luftröhre Mitbehandlung dieser.

Max Senator.

**Pachydermia laryngis.** Vorwiegend bei Männern. Circumscriphte, wulstbildende, verhornende Epithelverdickung der Stimmbänder u. Hinterwand. **Ätiol.:** Frühere Syphilis, auch Tuberkulose (beide nur Gelegenheitsursache, da P.

keine syphilitische oder tuberkulöse Teilerscheinung). Abusus Nicotini et Spirituosorum; dauernde Staubeinatmungen (Steinmetze, Schmiede, Schlosser, Tischler usw.); berufsmässige Anstrengung bzw. Missbrauch der Stimme (Lehrer, Prediger, Sänger, Offiziere); oft mehrere Ursachen zusammen. **Sympt.:** Meist auf beiden Stimmlippen im hinteren Teil je ein roter (wodurch von weissen Stimmlippen deutlich abgehoben) glatter Wulst; auf einem gewöhnlich eine Delle (durch Druck des gegenüberliegenden Wulstes bei Phonation). Mitunter auf Wulst gräulicher Belag, wie auf reifen Pflaumen (abgeschilferte Epithelien). Stimmlippen meist ausserdem etwas verdickt u. in anliegenden Teilen graurötlich, mitunter schwerer beweglich (mechanisch wegen Verdickung). Bei Mitbeteiligung der Larynxhinterwand gräulich-rote, faltige auch rissige Vorwölbung (häufig den Glottisschluss mechanisch hindernd). Ulcerieren der Wülste sehr selten. Rauhe, belegte, selbst heisere Stimme. Kratzen im Halse, Räusperreiz, Fremdkörper- u. Druckgefühl namentlich beim Schlucken und Sprechen; seltener nach Ohr ausstrahlender Schmerz. **Komplik.:** Fast immer Pharyngitis\* u. Laryngitis chronica\*. Bei akuten Anlässen oft Laryngitis acuta\* (sogenannte entzündete P.). **Diff.-Diagnose:** Kehlkopfkrebs\* (histologische Untersuchung excidierter Stücke). Laryngitis chronica\*. Kehlkopfgeschwülste\*. Tuberkulöses Hinterwandulcus, Kehlkopfsyphilis\*. **Therapie:** Wenig erfolgreich. Fernhaltung ev. Schädlichkeiten, Schonung der Stimme, auch vorübergehend gänzlich Schweigen (bei entzündeter P.). Vermeiden scharf gewürzter u. saurer Speisen. Behandlung komplizierender Pharyngitis\* u. Laryngitis chronica\*. Lokal: Solut. Zinc. chlorat. 1% Solut. Protargoli 1/2% einspritzen. Acid. lactic. 50% einpinseln oder Ätzen mit Trichloressigsäure, beides nach Cocainisierung im Spiegelbild. Bei grösseren Wülsten operative Entfernung (galvanokaustisch oder mit schneidenden Instrumenten). Innerlich mitunter Jodpräparate (Rp. 27—29) lindernd.

Max Senator.

**Pachymeningitis.** Entzündungen der Dura (cf. Meningitis) sind im ganzen seltener als der weichen Häute u. bilden, wo sie nicht einfach von der Leptomeningitis oder dem Gehirnabscess\* mitergriffen werden (P. purulenta), sondern isoliert erkranken, bestimmte Krankheitsbilder.

a) **P. cervicalis hypertrophica.** Mit erheblicher Dickenzunahme der Dura durch schichtweise Bindegewebsauflagerung; dadurch Verwachsung der Rückenmarkshäute untereinander, mit Wurzeln u. Rückenmark, bisweilen unter Druckatrophie derselben. Bisweilen nur in der Höhe der Cervicalanschwellung, bisweilen weit nach oben u. unten ausgedehnt. **Ätiol.:** Hauptsächlich Lues (auch hereditaria), bisweilen Erkältung, Trauma.

**Sympt.:** Schmerzen in Nacken, Schultern, Hinterkopf, ausstrahlend, bes. in Bahn des Medianus, Ulnaris; bisweilen Klopfempfindlichkeit der Wirbel. Danach Lähmungsstadium: Wurzelkompression führt zu (neuritischer) Atrophie u. Hyp- bzw. Anästhesie im Bereich der kleinen Handmuskeln u. der Fingerbeuger (Krallenhand, Predigerhand). Bisweilen später noch Marksymptome (spastische Beinlähmung usw.). Dauer jahrelang, Stillstand häufig, Heilung kommt vor. **Therapie:** Spezifische Behandlung, Jodpinselung, Pointes de feu, Salicylpräparate. Galvanisation.

b) **P. haemorrhagica.** Das Hämatom der Dura kommt ganz überwiegend an der Dura des Gehirns vor. **Pathol.-Anat.:** Bei frischen Fällen graurosa, durch kleine Hämorrhagien gefleckte membranöse Auflagerung der Dura (meist nur eines Teiles), allmählich sich bis zu einer Art Kappe verdickend, später stets von grossen Blutungen durchsetzt. Ob Blutung oder Meningitis das Primäre, ist zweifelhaft. **Ätiol.:** Primär bei Alkoholismus, hämorrhag. Diathese, Lues; häufiger sekundär bei progr. Paralyse, Chorea\* Huntington, auch bei Keuchhusten, Aneurysmen, Verletzungen. **Sympt.:** Bisweilen symptomlos. Meist Erregungszustand, motorische Unruhe, Zuckungen wie bei Jackson. Später Hemiparese oder Monoparese, sich langsam ausdehnend. Selten Aphasie. Bisweilen Konvulsionen. Häufig Augensymptome (Deviation, Stauungspapille), Koma, wenigstens tiefe Benommenheit, Kopfschmerzen, Fieber mit agonaler Steigerung bis 41°. **Diff.-Diagnose:** Oft schwierig, bes. gegen Meningitis\* (Nackensteife!). **Therapie:** Ruhe, Eisblase, Ableitung, Aderlass, Schwitzkur.

c) Zu einer Art Pachymeningitis führt oft auch die **traumatische Dura-Blutung**, bes. aus der A. meningea media, auch ohne Kontinuitätstrennung der Schädeldecken erfolgend. Meist ähnliches Bild wie bei b, nur rascher eintretend. **Therapie:** Trepanation u. Unterbindung des blutenden Gefässes.

S. Schoenborn.

**Panaritium.** Fingerwurm, Umlauf. **Ätiol.:** Kleinste, oft unbeachtet gebliebene infizierte Verletzung der Finger. **Sympt.:** Finger beginnt zu schmerzen, dick zu werden, deutlich synchron dem Puls zu klopfen. Schmerz strahlt oft nach den ebenfalls geschwollenen Cubital- und Achseldrüsen aus. Starke Rötung. Epidermis hebt sich in eitrigen Blasen ab, unter welcher die infiltrierte Cutis rot freiliegt. Wird nicht früh incidiert, so greift Eiterung auf Sehenscheide, Periost, Knochen über, der schliesslich nekrotisch abgestossen wird (P. subcutaneum, tendinosum, periostale, osseum). **Komplik.:** Fortschreiten der Eiterung auf Sehenscheiden, Hohlhand, Vorderarm. Cf. Phlegmone. **Therapie:** Einzig richtig, früh-



zeitige Incision (Lokalanästhesie u. Blutleere) bis ins sicher Gesunde. Meist werden zu lange Umschläge gemacht (cave Carbollösung, da selbst bei 2% trockner Brand beobachtet). Für die Nachbehandlung von Vorteil warme Seifenbäder. Saugbehandlung von den meisten wieder verlassen. Nicht tamponieren!  
Kaposi.

**Pankreaskrankheiten.** Bei Störungen der äusseren Sekretion des Pankreas: Mangelhafte Fettspaltung (Fettstühle), schlechte Eiweissverdauung; bei Störungen der inneren Sekretion: Glukosurie resp. Diabetes mellitus\*.

**Pankreatitis acuta.** Hämorrhagische bzw. eitrige Entzündung. *Ätiol.:* Unbekannt (Infektion?). *Sympt.:* Plötzlicher, überaus heftiger Leibschmerz in der Oberbauchgegend, Erbrechen, Kollaps; meist in 1—3 Tagen Exitus. *Diff.-Diagnose:* Ausschliessung von Ileus\* u. Peritonitis\*; Trypsinuntersuchung im Stuhl u. nach Ölfrühstück im Magen, Steatorrhoe; Camidge-Probe unsicher. Sekundäre Pankreasabszesse bei Pyämie\*.

**Pankreatitis chronica.** *Ätiol.:* Arteriosklerose, Lues, Potatorium (?); Sekretstauung durch Abschluss der Ausführungsgänge (Tumoren, Steine). *Sympt.:* Unbestimmt dyspeptische Symptome; Diagnose manchmal möglich aus Fettstühlen nach reichlicher Fettzufuhr.

**Pankreasapoplexie.** Schwere Blutungen in die Pankreassubstanz. Bei Fettsucht, Gefässerkrankungen. Häufig plötzlicher Tod; in anderen Fällen peritonealer Kollaps u. tödlicher Ausgang nach einigen Stunden.

**Akute Pankreasfettgewebsnekrose.** Ebenfalls peritonealer Symptomenkomplex, der rasch zum Tode führt.

**Pankreassteine.** Können zu Koliken u. Sekretabschluss, ev. auch zu Gallenabsperrung u. Ikterus führen. *Diagnose:* Aus Steinabgang u. Funktionsstörungen (s. o.).

**Pankreaszysten.** *Ätiol.:* Durch Retention infolge Verschlusses der Ausführungsgänge oder durch cystische Entartung. *Sympt.:* Verdauungsstörungen; fluktuierender Tumor im Epigastrium; charakteristische Funktionsstörungen (s. o.).

**Pankreascarcinom.** Meist im Pankreaskopf; daher häufig Gallenabschluss u. Ikterus; seltener Ascites. Derber Tumor im Epigastrium, Kachexie, Funktionsstörungen.

*Therapie:* Bei akuter Pankreatitis, Pankreasapoplexie, akuter Fettgewebsnekrose, Steinen, Cysten, ev. auch bei Carcinom chirurgischer Eingriff; leider Diagnose sehr schwierig. Intern bei chronischer Pankreatitis, Steinen, Carcinom: Pankreon oder Pankreatin 3 × tgl. 0,5. Ev. Anregung der Sekretion durch Pilocarpininjektionen (Rp. 64), Darreichung von Gewürzen, Fettdiät.  
Beuttenmüller.

**Pannus.** *Ätiol.:* Reizzustände an der Hornhautoberfläche.

*Sympt.:* Aus dem Conjunctivalgefäßsystem stammende neugebildete feine Gefäßäste mit mehrfachen Anastomosen ziehen über den Limbus auf Hornhautoberfläche. 1. *P. scrofulosus.* Im Gefolge oberflächlicher Hornhautinfiltrate u. oberflächlicher scrofulöser Hornhautgeschwüre. Von dem nächstgelegenen Limbusabschnitt aus verlaufen die Pannusgefäße zu den erkrankten Stellen, bei ausgedehnten Hornhautveränderungen allseitig. Besondere Abart ist das Gefäßbändchen (*Keratitis fascicularis*): ein Infiltrat kriecht langsam über die Hornhaut hinweg und zieht einen schmalen Pannusstreifen hinter sich her. Ferner der *P. regenerativus*, der bei abheilenden Hornhautgeschwüren zur Heranbringung von Ernährungsmaterial sich einstellt. 3. *Pannus trachomatosus.* Entwickelt sich infolge des Reibens der mit Trachomfollikeln besetzten rauhen Innenfläche des Oberlides auf dem oberen Teile der Hornhaut, zieht daher regelmässig nur über den oberen Limbus herab, indem die neugebildeten Gefäße senkrechte parallele Richtung einnehmen.

*Diff.-Diagnose:* Tiefe Vaskularisation (bei *Keratitis\* parenchymatosa* u. tiefen Hornhautinfiltraten) ist am Limbus nicht in das Conjunctivalgefäßsystem zu verfolgen. *Therapie:* Behandlung des zugrunde liegenden Augenleidens. Erreicht der Pannus eine solche Mächtigkeit, dass man wegen der zurückbleibenden Trübungen starke Sehstörungen befürchten muss, Peritomie, d. h. Abtrennen der Pannusgefäße von ihren Stammgefäßen durch einen oberflächlichen dem Limbus konzentrischen Schnitt in der *Conjunctiva bulbi*. Massage mit 1% gelber Augensalbe (Rp. 194).  
Schieck.

**Panophthalmie.** *Ätiol.:* Eindringen von Eitererregern

ins Augennere, speziell in den Uvealtractus nach Verletzungen, Perforation der Cornea bei *Ulcus corneae*, intraokularen metastatischen Eiterungen. *Sympt.:* Lider oedematös; glasig gequollene *Conjunctiva bulbi* als rötlicher Wulst in der Lidspalte sichtbar. Augapfel vorgetrieben, infolge Infiltration des Orbitalzellgewebes unbeweglich, nicht zurückzudrängen. Cornea rauchig oder geschwürig. Aus dem Augennieren kein Reflex oder von einem Glaskörperexsudat herrührender gelber Reflex. *Komplik.:* Meningitis. Abscesse in Orbita u. Lidern. Sepsis. *Diff.-Diagnose:* Bei retrobulbären Infiltrationen, Abscessen, Tumoren, Fremdkörpern kann sehr ähnliches Krankheitsbild entstehen, nur bleibt hierbei das Auge selbst, anfänglich wenigstens, intakt. *Therapie:* Exenteratio bulbi! Hornhaut mit Messer u. Schere abgetragen, vereiterter Bulbusinhalt ausgelöffelt, so dass nur weisse Wand der Sklera im Augennieren sichtbar ist. Naht oder Drainage. *Enucleatio bulbi* ist wegen der Eröffnung

des Zwischenscheidenraums des Opticus u. Möglichkeit der Infektion des Liquor cerebrospinalis gefährlich! Schieck.

**Paraesthesia pharyngis.** *Ätiol.:* Anämie, mitunter beginnende Lungentuberkulose. Neurasthenie, Hysterie (bei Weibern). Bereits entfernte oder verschluckte Fremdkörper, namentlich bei Neurasthenie u. Hysterie. Reiz durch verlängertes Zäpfchen oder hypertrophische Zungenmandel. Pharyngitis acuta u. chronica (namentlich lateralis). Gravidität. Erkrankungen des Centralnervensystems (Syringomyelie). *Sympt.:* Kratzen im Halse, Räusperreiz, Gefühl von Trockenheit, von steckengebliebener Gräte, Haaren, Nadel, Feder usw. Gefühl von aufsteigender Kugel oder Kloss vorwiegend bei Hysterischen (Globus hystericus s. a. Schlundkrämpfe\*). *Diff.-Diagnose:* Wirkliche Anwesenheit der als solcher empfundenen Fremdkörper. *Therapie:* Behandlung etwaiger Grundleiden bzw. Behebung der Ursachen. Psychische Behandlung. Faradisation u. Galvanisation des äusseren Halses, auch des Pharynx. Bei Entfernung von Fremdkörpern stets Vorweisen derselben, als Beweis der wirklichen Herausnahme. Max Senator.

**Parästhesien.** P. sind subjektive Gefühlsstörungen verschiedenster Art, meist das Gebiet des Tastsinns betreffend: Eingeschlafensein, Pelzigsein der Haut, Kriebeln, Ameisenlaufen, Taubheitsgefühl; seltener beim Temperatursinn: Psychoästhesie (unangenehmes Kältegefühl). Oft Vorläufer oder Begleitsymptom objektiver Gefühlsherabsetzung, namentlich bei frischen Neuritiden; überhaupt fast nie fehlend bei Beteiligung sensibler Stränge oder Nerven (Myelitis, multiple Sklerose, Syringomyelie, bei vielen Apoplexien usw.). Ausserdem sehr regelmässig bei lokaler Zirkulationsstörung sowohl hyperämischer (Brennen bei Entzündungen!) als anämischer Natur (Kälte, „eingeschlafenes Bein“, P. in arteriosklerotischen Gebieten). Bei Hysterie u. Hypochondrie verbinden sich P. mit komplizierten Vorstellungen: Gefühl einer aufsteigenden Kugel im Halse („Globus“), eines lebenden Wesens im Leibe. Als „Akroparästhesien“ bezeichnet man P. in den Fingerspitzen, die bei Neuropathen (bes. Frauen) bisweilen als selbständiges Leiden auftreten, jede Arbeit erschweren usw. Objektiv findet sich nichts oder leichteste Hypästhesie, doch können Raynaudsche\* Krankheit, Akromegalie usw. ebenso anfangen. Akroparästhesien wie viele andere P. beruhen wohl auf Reizung vasomotorischer Nerven mit lokaler, vorübergehender Ischämie des betr. Gebiets. *Therapie:* Meist wenig erfolgreich; ev. Behandlung des Grundleidens. Bei idiopathischen P. u. Akroparästhesien Allgemeinbehandlung (Arsen, Eisen, Phosphor);

lokale Faradisation, Einreibungen mit Chloroformöl usw.; namentlich aber Galvanisation u. galvanische Bäder.

S. Schoenborn.

**Paralysis agitans** (Parkinson). *Ätiol.*: Unklar; Anlass meist psychisches oder körperliches Trauma. *Pathol. Anat.*: Meist negativer Befund, bisweilen Symptome gesteigerter seniler Degeneration an Fasern, Gefässen. Vielleicht durch Sekretionsstörung in Drüsen mit innerer Sekretion (Hypophyse?). *Sympt.*: Fast nur höheres Alter beteiligt. Erkrankung charakterisiert durch Zittern u. Muskelspannungen. Das Zittern ist namentlich oder ausschliesslich in der Ruhe vorhanden, nimmt bei gewollter Bewegung ab oder verschwindet, besteht in rhythmischen kleinen Bewegungen der Finger, später der Hände, Arme, des Kopfes, ganzen Körpers, Fingerbewegung in Daumen u. Zeigefinger typisch: Münzen zählen, Pillendrehen. Schrift meist sehr verändert, doch ermöglicht die Gleichmässigkeit des Tremors eine lesbare „Blumenschrift“. Ausser der aktiven Bewegung erleichtern u. beseitigen das Zittern vorübergehend auch passive Bewegung, Erschütterung (Dampfboot- u. Eisenbahnfahrten von den Kranken bevorzugt!) bes. rhythmischer Natur. Die Muskelspannungen sind permanent, betreffen namentlich Hals, Nacken, Wirbelsäule, Beine, aber auch Arme u. Gesicht, bes. die proximalen Teile. Durch die Spannungen typische Körperhaltung: steif nach vorn gebückt, Gang steif mit kleinen Schritten u. der Unmöglichkeit, rasch in der Bewegung einzuhalten (Propulsion, Retropulsion), dadurch oft Hinstürzen. Maskenartige Starre mit trübem, erstem Gesichtsausdruck fast konstant. Alle aktiven Bewegungen erschwert, in spätem Stadium die ausgiebigeren unmöglich, gelegentlich bis zur kompletten Lähmung führend. Reflexe u. Sensibilität (meist) normal. Sprache monoton, kraftlos, tonlos; nicht selten Zwangslachen, Zwangswainen. Intelligenz nicht gestört; Schwindel, Schmerzen fehlen meist. Entwicklung langsam, meist zuerst in einem Arm oder einer Halbseite des Körpers, bisweilen halbseitig bleibend, meist allmählich übergreifend. Gewöhnlich gehen Zittern u. Spannungen parallel, doch kommen letztere auch allein vor (P. a. sine agitatione), das Umgekehrte kaum. Verlauf durch Jahrzehnte. Bisweilen apoplektiforme Anfälle. Meist wird durch die Hilflosigkeit der Tod indirekt veranlasst, obwohl das Leiden an sich nicht tödlich ist. Heilungen unbekannt. *Diff.-Diagnose*: Manchmal schwer gegen senilen Tremor (keine Spannungen). Gegen multiple Sklerose\* (Intentionstremor!) meist ganz leicht. *Therapie*: Galvanisation des Kopfes; galvanische, bipolare faradische, sinusoidale u. Vierzellenbäder, laue Vollbäder. Innerlich Arsen (Rp. 21 ff.),

Brom (Rp. 139 ff.). Der quälende Tremor wird für Stunden u. Tage prompt beseitigt durch Scopolamin. hydrobrom. (0,0002—0,0005 subcutan, besser wie 0,0005—0,001 intern), an das auch keine erhebliche Gewöhnung eintritt. — Die Hauptsache ist Pflege.

S. Schoenborn.

**Parametritis.** Entzündung des Beckenbindegewebes, die in narbige Schrumpfung oder Eiterung übergehen kann. Cf. Pelveoperitonitis. **Ätiol.:** Infektionen der Uterusschleimhaut, von Cervixrissen oder Vaginalverletzungen im Wochenbett, von Tuben u. Ovarien (gleiche Ursache oder Gonorrhoe), von Nachbarorganen (z. B. Appendix, der mit Lig. latum verkleben u. Beckenbindegewebe infizieren kann). Am häufigsten entsteht P. im Wochenbett durch Infektion der genitalen Wunden mit Eitererregern (Strepto-, Staphylokokken). **Sympt.:** 1. Puerperale P. Im Anschluss an Fiebersteigerungen im Wochenbett auf einer Seite oder zu beiden Seiten der Cervix schmerzhaft bimanuell palpierbare Infiltrationen, die unter andauerndem hohem Fieber erweichen u. zu mehr oder weniger grossen Abscessen neben dem Uterus führen können. Oder Fieber u. Schmerzen gering, Infiltrationen bilden sich allmählich unter Schrumpfung u. Verziehung des Uterus nach der betr. Seite zurück. 2. Bei gonorrhöischer Erkrankung der Tuben u. Ovarien, bei Erkrankungen von Nachbarorganen ist Infiltration u. Schrumpfung des umgebenden Beckenbindegewebes nur sekundär, im Vordergrund steht die betr. Organerkrankung. 3. Die P. posterior (hintere Fixation des Colums). Sehr schmerzhaft Schwellung u. Verdickung des Bindegewebes hinter dem Uterushals bes. eines oder beider Ligg. sacrouterina. Ätiologie hier chronische Cervix-Katarrhe, Störungen des Sexuallebens (Masturbation, Coitus interruptus). **Diagnose:** Infiltrationen des Parametriums im Wochenbett sind bimanuell palpabel, Fieber u. Schmerzen, die in das Bein der betr. Seite ausstrahlen können, deuten auf Unterleib hin. Bei Vereiterung erscheint der Abscess vom Abdomen her über einem Lig. Pouparti tastbar. Fieber dann ev. sehr hoch, wochenlang, Allgemeinbefinden schlecht. Eiterdurchbruch nach aussen (über dem Lig. Pouparti oder mehr in der Mittellinie, durch Foramen ischiadicum oder nach dem Damm zu) resp. in ein inneres Organ (Mastdarm, Scheide) möglich. Bei P. posterior starke Schmerzhaftigkeit des hinteren Scheidengewölbes; Anspannung u. Infiltration der Ligg. sacrouterina ohne weiteres palpabel. **Therapie:** 1. Bei nicht vereiterter puerperaler P. Ruhe, solange Fieber andauert, Eisblase auf das Abdomen, kräftige Ernährung; bei Schrumpfung des Exsudates heisse Kompressen, heisse Scheidenspülungen, elektrische Bestrahlungen des Abdomens (Glühlicht), resorbierende Scheiden-

tampons. Bei parametranen alten Narben kann vorsichtige Massage Gutes leisten. Bei alten geschrumpften Exsudaten Einlegen von Quecksilberkolpeurynter in die Scheide bei erhöhtem Becken (1—2 Stunden). 2. Bei Vereiterung des Exsudates zuerst Abwarten; Eisblase auf den Leib u. operativer Eingriff nur bei sehr hohem Fieber oder sehr starken Schmerzen und wenn Exsudat über dem Lig. Pouparti oder von der Scheide aus gut erreichbar. Operativen Eingriff möglichst lange hinausziehen! Bei stärkeren Schmerzen abendliche grössere Morphiumdosen oft nicht zu umgehen. 3. Bei P. chronica posterior Beseitigung der ätiologischen Momente. Heisse Scheidenirrigationen, warme Sitz- u. Vollbäder. Sorge für geregelten Stuhlgang. Glycerintampons in die Scheide; nach Schwinden der Schmerzen leistet hier Massage sehr Gutes. Bei dauernder starrer Infiltration der Ligg. sacrouterina Durchschneidung dieser von der Vagina aus.

Fromme.

**Paramyoclonus multiplex.** *Sympt.:* Kurze, blitzartige klonische Zuckungen der Muskeln, am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts, meist ohne lokomotorischen Effekt. Namentlich ergriffen sind gewöhnlich Bicepsgruppe, Supinator, Cucullaris, Quadriceps. Bei aktiven Bewegungen lässt das Zucken meist nach. Alle anderen Körperfunktionen sind normal. In einzelnen Fällen familiär (Myoclonie) u. mit Epilepsie verbunden. *Ätiol.:* Dunkel. bisweilen nach Schreck, Trauma. *Therapie:* Galvanisation, statische Elektrizität. Brom (Rp. 138 ff.), Scopolamin (cf. S. 442), Psychotherapie. — Selbständigkeit des Leidens u. vieler Abarten („Chorea electrica“ u. a.) fraglich.

S. Schoenborn.

**Paranephritis.** Eiterung in pararenalem Bindegewebe u. Fettkapsel. *Ätiol.:* Traumatisch (auch stumpfe Gewalten), von Umgebung her (Entzündungen aller Art, in Nieren [bes. Pyelitis bzw. Steine], an Rippen, Wirbelsäule [Caries mit Eiter-Senkung], von Leber, Gallenblase, Blinddarm, Harnblase usw. her). Hämatogen von Eiterherden im Körper; auch „kryptogenetisch“. *Sympt.:* Fast immer akuter Verlauf (diffus), selten lokalisiert (Abkapslung), chronisch. Septische Fröste, intermittierendes, auch remittierendes Fieber, Appetitlosigkeit usw., heftiger dumpfer Schmerz in der Nierengegend (auch Schmerz-anfälle), bes. bei Druck. Strecken des Beines, gerade Haltung schmerzhaft, daher gebücktes Gehen, gekrümmte Lage. Wegen Druck auf den Nervenplexus auch Schwäche, Parästhesien, ausstrahlende Schmerzen, Taubheitsgefühl im Bein. Geschwulst fühlbar ev. sichtbar; Fluktuation; Haut in Lumbalgegend, wenn dem Durchbruch nahe, gerötet u. gespannt, ev. oedematös. Auch Senkung, Durchbruch in Leistengegend, am Damm usw. (cf.

Senkungsabscess). Perforation nach aussen u. in Darm, Magen, Ureter, Harnblase (übelriechende Entleerungen) günstiger, wenn nicht wieder Eitersammlung; ins Peritoneum tödlich; gefährlich wenn in Pleura, Lungen. Darum **Therapie**: Operation; ev. bis dahin symptomatisch: Eisbeutel, blutige Schröpfköpfe, Blutegel, Morphinum. Resorption tritt nicht ein. Probepunktion (lange Nadel). Arneth.

**Paranoia.** Ausbildung eines fixierten Wahnsystems meist der Verfolgung, zuweilen auch der Grösse. Sinnestäuschungen häufig, namentlich des Gehörs („Stimmen“). Bewusstsein in der Regel nicht getrübt. Orientierung erhalten, geordnetes Wesen. Ähnliche Zustandsbilder episodisch im Verlaufe verschiedener Psychosen. Chronische\* Form der P. wird als Krankheit sui generis anerkannt; akute\* Form nicht allgemein.

**P. acuta.** Strittig, ob selbständiges Leiden. Nicht scharf abzutrennen von Amentia\*, manisch-depressivem Irresein\*, Dementia praecox\*. Ähnliche Bilder bei Alkoholismus\*, Epilepsie\*, Hysterie\*, Dementia paralytica\* u. senilis\*. **Ätiol.:** Erschöpfende Ursachen, Erregungen (Haft), Vergiftungen, Puerperium, Trauma, Infektionskrankheiten. **Sympt.:** Plötzliches Auftreten von Beeinträchtigungs- u. Beziehungsgefühl, rasche Entwicklung systematisierter Wahnideen der Verfolgung oder Grösse; häufig Eifersucht. Nicht Umwandlung der Persönlichkeit durch Fixieren der Ideen; diese klingen wieder ab. Zahlreiche Sinnestäuschungen u. Illusionen aller Art. Erregungen mit Verwirrtheit wechseln ab mit gedrücktem oder apathischem Verhalten. **Prognose:** Meist allmähliches Schwinden des Wahns. Periodische Wiederkehr möglich. Wenn chronischer Verlauf u. Übergang in geistige Schwäche, wohl Fall von Dementia paranoides\*. **Diff.-Diagnose:** Abzutrennen von passagerer Wahnbildung der Degenerierten (Anamnese! Entstehung, Symptome, Verlauf sind bei dieser dauernd durch äussere Momente bestimmt. Schwindet plötzlich). **Therapie:** Wie bei Amentia\*.

**P. chronica.** **Ätiol.:** Oft Heredität. Meist eigenartige Veranlagung (reizbar, rechthaberisch). Entwicklung in Jahren, schleichend, **Sympt.:** Umwandlung der ganzen Persönlichkeit durch Ausbildung von fixiertem Wahnsystem. Vielfach Sinnestäuschungen, meist des Gehörs („Stimmen“); hypochondrische Empfindungen, Vergiftungsfurcht. Anfangs oft Depression bei Misstrauen, später mehr selbstbewusst, gereizt. Beziehungswahn: Alles hat etwas zu bedeuten, geschieht nur, ihn zu schikanieren; man macht Andeutungen, spricht u. schreibt in Zeitungen über ihn; Verfolgung durch bestimmte Personen, geheime Gesellschaft. Dann Grössenwahn: Er ist etwas Besonderes, sehr reich, Fürst, Messias. Bewusstsein nicht getrübt; Erinnerung gut, wenn nicht durch Konfabulationen gefälscht. Äusserlich geordnet (Neigung

zu Dissimulation), oder es kommt zur Abwehr der Verfolger, zu Verkehrtheiten (Verrammeln des Hauses, Nahrungsverweigerung, Anzeige bei Polizei, gerichtliche Klage [cf. Querulantenwahn], bewaffnete Angriffe auf vermeintliche Verfolger). Zeitweise Erregungen. **Diff.-Diagnose:** Keine somatischen Störungen. Fixiertes, logisch ausgebautes Wahnsystem bei erhaltener Besonnenheit. **Prognose:** Remissionen möglich; Heilung sehr selten. **Therapie:** Im Beginn u. bei Erregung geschlossene Anstalt. Dauernde Internierung nur bei Gemeingefährlichkeit des Wahns. Sonst Familienpflege, am besten auf dem Lande (verständnisvolles Ignorieren des Wahns), regelmässige mechanische Beschäftigung (Gartenarbeit). Gegen hypochondrische Empfindungen, Sinnestäuschungen Brom (Rp. 135); nachts Veronal (Rp. 118); gegen Gehörstäuschungen Trional (Rp. 116). Bei Erregung Bettruhe, Überwachung, warmes Bad, Packung. Raecke.

**Paraphimose.** **Sympt.:** Infolge einer dislozierten Phimose kann das über die Eichel nach hinten gezogene Präputium nicht wieder nach vorne gebracht werden, u. der Penis wird jetzt ringförmig eingeschnürt. Die vor der Einschnürungsstelle gelegenen Teile, Lamina interna u. Glans penis, schwellen ödematös an; u. das innere Vorhautblatt wölbt sich in einem oder mehreren Wülsten vor, während das äussere Blatt nur wenig betroffen ist. **Therapie:** Reposition, ev. nach vorherigen Umschlägen mit essigsaurer Tonerde; falls unmöglich, Incision des einschnürenden Ringes. M. Joseph.

**Paratyphus.** **Ätiol.:** Infektion mit Bacillus paratyphi (A oder B.) **Sympt.:** Entweder die des Typhus abdominalis\* oder die einer schweren Gastroenteritis\* resp. Cholera nostras\*. In den letzteren Fällen rascher Fieberanstieg, häufiges Erbrechen, reichliche Durchfälle. Selten starke Benommenheit. Continua fehlt meistens, desgl. Milztumor; rasche Entfieberung. **Diff.-Diagnose:** Bacillennachweis, Agglutination. **Prognose:** Gewöhnlich günstig. **Therapie:** Die der akuten Gastroenteritis\* resp. Cholera nostras\*; Desinfektion der Stuhlgänge. P. ist meldepflichtig. Beuttenmüller.

**Paraurethritis gonorrhoea.** Als abnorm verlagerte Mündungen der Littréschen Drüsen kommen feine Gänge beim Manne vor, die dicht neben dem Orificium urethrae oder auf der Schleimhautseite beider Labien desselben münden u. parallel zur Urethra nach hinten als strangförmige, oft federkieldicke Stränge oder im Frenularkörper u. an der Unterfläche des Penis verlaufen. Sie werden ev. isoliert gonorrhöisch infiziert, ohne dass die Harnröhre miterkrankt, u. geben dann zur Infektion der Frau beim Coitus oder zur Autoinfektion der Männer Ver-



anlassung. Seltener solche paraurethralen Abscesse bei Frauen. **Sympt.:** Linsen- bis erbsengrosse, leicht verschiebliche, wenig schmerzhaftige Knötchen, bes. zwischen den beiden Blättern des Präputium. Auf diese entleert sich etwas Sekret, das Eiterzellen, Epithel u. Gonokokken enthält. Cf. Periurethritis. **Therapie:** Excision oder galvanokaustische Verödung.

M. Joseph.

**Parhidrosis.** Qualitative Veränderung der Schweissabsonderung. Bei Intermittens im Schweisse buttersaurer Kalk, bei Febris puerperalis Milchsäure, bei Ikterus Gallenfarbstoffe, bei Cystinurie Cystin. Bei Morbus Brightii, Cholera, Eklampsie Harnstoff (Urhidrosis). Bei schweren Nervenkrankheiten Blutschwitzen (Hämhidrosis), oft vikariierend mit der Menstruation. Sekretion farbigen Schweisses (Chromhidrosis) ist selten. Blauer Schweiss (Cyanhidrosis) wird durch Pyocyanin, den Farbstoff des blauen Eiters, u. durch phosphorsaures Eisenoxydul erzeugt; auch nach innerl. Einnahme von Chrysophansäure beobachtet. Zuweilen chromogene Bakterien an den Achselhaaren, die teils roten, teils blauen Farbstoff absondern. Öfters erzeugen Simulanten u. hysterische Personen solchen farbigen Schweiss zu Täuschungszwecken künstlich. Cf. Hyperhidrosis. M. Joseph.

### Parotitis.

a) **Sekundäre P.** Bei Infektionskrankheiten, nach Laparotomien. **Ätiol.:** Metastatisch oder durch Mundbakterien. **Sympt.:** Schwellung, Schmerz, Kieferklemme, Fieber. Häufig Abscedierung, Gangrän. **Komplik.:** Eitrige Thrombophlebitis der Gesichtsvenen, Meningitis, Eitersenkungen nach dem Halse, Knochennekrosen, Otitis media. **Therapie:** Heisse oder feucht-warme Umschläge. Sobald Eiterung nachweisbar, Incision parallel dem Facialisverlauf, Drainage, Stauung nach Bier.

b) **Primäre P.** (P. epidemica, Mumps, Ziegenpeter usw.). **Ätiol.:** Spezifischer Erreger unbekannt, trotzdem das endemische, manchmal epidemische Auftreten solchen voraussetzt. **Sympt.:** Schmerzen (ev. sehr starke), Fieber, entzündliche Kieferklemme. Parotis geschwollen. Haut selten gerötet, gewöhnlich nur starkes Odem, das auf Umgebung übergreift. Ein- und doppelseitig, gleichzeitig oder nacheinander. Zustand sehr lästig, weil Kauen, Schlucken, Sprechen behindert. Nach 8–14 Tagen spontaner Rückgang der Schwellung. **Komplik.:** Orchitis, ev. mit Vereiterung oder Atrophie des Hodens. In Ausnahmefällen Abscedierungen. **Therapie:** Nur symptomatisch: Mundpflege, Mundspülen mit warmem Kamillentee, Einölen der gespannten Wangen, Umschläge, Bettruhe; bei hohem Fieber Antipyretica. Vorsichtige Ernährung mit Flüssigkeit durch Strohalm oder Glasrohr. Ev. Salicylpräparate (nutzen nicht viel).  
Kaposi.

**Parovariale Cysten.** *Ätiol.:* Ausgangspunkt: Parovarium oder Epoophoron des Sexualteils des Wolffschen Körpers. *Sympt.:* Kleine cystische Gebilde oder typische Parovarialcyste (meist dünnwandig; intraligamentär liegend; mit dünnwässrigem Inhalt, meist ohne Albumen; mit Cylinderepithelbesatz; fast immer einkammrig; niemals proliferierend); selten Stieldrehung. *Diff.- Diagnose:* Beschränkt beweglicher, von Beckenwandungen u. Uterus abgrenzbarer, letzteren seitlich verdrängender cystischer Tumor. Bei Hämatom des Ligamentum latum Anamnese, andere Schwangerschaftszeichen! *Therapie:* Exstirpation. Kayser.

**Parulis.** Zahnabscess, sog. Zahngeschwür. Eiteransammlung unter dem Kieferperiost u. Zahnfleisch, entstanden durch Fortleitung einer eitrigen Entzündung des Periodontiums durch den Kieferknochen hindurch. *Sympt.:* Heftiger Zahnschmerz, starkes Oedem, Rötung des Zahnfleisches. Sehr oft auch Schwellung u. Rötung der angrenzenden Wange u. Halsseite. Kieferklemme, Schwellung der Halslymphdrüsen. Fieber. *Therapie:* Spaltung des Abscesses vom Munde aus und Extraktion des kranken Zahnes nach eingetretener Fluktuation; bei Kieferklemme in Narkose. *Komplik.:* Manchmal Fortschreiten der Eiterung auf Wange u. äusserer Abscess, der dann von aussen incidiert werden muss. Grössere oder kleinere Nekrosen am Kiefer ev. mit Sequesterbildung. Cf. Zahnfistel. Kaposi.

**Pavor nocturnus.** Bei nervös veranlagten Kindern vorwiegend im Alter der 2. Dentition. *Ätiol.:* Fehlerhafte Erregung der Phantasie. Atmungshindernis infolge adenoider Vegetationen oder hypertrophischer Mandeln. Verdauungsstörungen, Obstipation, Ascariden. Vielfach jedoch unklar. *Sympt.:* Nachts in tiefem Schlaf auftretende Angstanfälle, bei denen das Kind, Schutz suchend vor etwaigen Traumgestalten, im Bett sich aufsetzt oder aufstellt u. äusserst schwer zu beruhigen ist. Am andern Morgen vollkommene Amnesie. *Therapie:* Beseitigung eines etwaigen Grundleidens. Im übrigen verständige Erziehung, vorsichtige Ernährung, Vermeidung erregender Getränke. Milde hydrotherapeutische Proceduren (Wassertreten). Ev. abendliche Bromgaben (0,5). Hasenknopf.

**Pediculi capitis.** Die Kopfläuse sitzen auf dem behaarten Kopfe, nur ausnahmsweise auf den Cilien, verursachen starkes Jucken u. sekundäres Ekzem. Bei langer Vernachlässigung ev. Bildung eines Weichselzopfes (*Plica polonica*) oder sogar Ansiedelung von Fliegenlarven. *Therapie:* Waschungen mit Petroleum oder Sublimat. Zur Entfernung der mit einem Chitinstoffe an das Haar befestigten Nisse Essigwaschungen oder Sublimatessig (1 : 300). Nach Behandlung des sekundären Ek-

zems mit Zinnobersalbe (Rp. 197) u. nach Beseitigung des Nässens Auftragen von Rp. Acid. salicyl. 1,0, Tinct. Benzoes 2,0, Vaselini ad 50,0.

M. Joseph.

**Pediculi pubis.** Die Filzlaus befällt zunächst nur die Schamhaare, später auch Achselhaare, Cilien, Rückenhaare, nur ausnahmsweise Kopfhare. Durch den heftigen Juckreiz ev. Ekzeme u. auf dem Rumpfe stahlgraue, linsengrosse Flecke (Maculae caeruleae), die durch ein von der Speicheldrüse des Tieres entleertes Sekret entstehen u. nach einigen Tagen verschwinden. **Therapie:** Graue Salbe, Sublimatessig (1:300). Rp. Balsam. Peruv. 15,0, Spirit. aether. ad 50,0. Aufspraysen von absolutem Alkohol oder Waschen mit Rp. Formol (40%) 10,0, Acid. acet., Spirit. Coloniens. aa 100,0.

M. Joseph.

**Pediculi vestimentorum.** Die Kleiderlaus bohrt an den Stellen, wo die Kleider der Haut enge anliegen, einen Stich in die Haut, saugt sich mit Blut voll und legt ihre Eier in die Kleider. Sie verursacht starkes Jucken u. quaddelartige Eruptionen; durch das Jucken entstehen Ezeme, nach längerer Dauer sogar tiefe Ulcerationen. **Therapie:** Desinfektion der Kleider, antiektzematöse u. antiseptische Behandlung der Geschwüre.

M. Joseph.

**Pellagra.** **Ätiol.:** Genuss von verdorbenem Mais oder von hieraus bereitetem Alkohol. In manchen Gegenden (Italien, Spanien, Ungarn usw.) endemisch. **Sympt.:** Es treten unter vagen Prodromalerscheinungen im Frühjahr an den entblößten Körperstellen, besonders Hand- u. Fussrücken, Erytheme mit leichter Desquamation auf. Später wird die Haut pigmentiert wie beim Morbus Addisonii, atrophisch; dazu Magenbeschwerden, Diarrhöen, Muskelatrophie, nervöse Symptome (Melancholie, Steigerung der Sehnenreflexe, Tremor), bis schliesslich (ev. nach Jahren) psychische Störungen (Delirien, Tobsuchtsanfälle), Kachexie, Lähmungserscheinungen u. terminaler Blödsinn zum Tode führen. Im ersten Stadium ist die Krankheit noch heilbar. **Therapie:** Prophylaktisch bessere Ernährung der niederen Volksschichten. Eisen u. Arsen (Rp. 24 usw.).

M. Joseph.

**Pelveoperitonitis.** Entzündung des das Becken auskleidenden Peritoneums. **Ätiol.:** Akute P. sehr häufig bei schweren puerperalen Infektionen. Die Mikroben wandern durch Uterusmuskulatur oder (z. B. Gonokokken!) durch Tuben (Salpingitis\*). Auch bei Parametritis kann Entzündung auf das benachbarte Peritoneum sich fortpflanzen. Chronische P., bestehend in Verwachsungen der Beckenorgane untereinander oder mit Teilen des Darmes oder Netzes als Residuen akuter Infektionen zu betrachten. **Sympt.:** Meist sehr akuter Beginn: Frost, hohes Fieber, schmerzhafte Auftreibung des Leibes,

Wind- u. Stuhlverhaltung, Übelkeiten, zuweilen Erbrechen. Wird Entzündungsprozess aufs Becken lokalisiert, so gehen alle Symptome in 2—3 Tagen zurück, doch können, bes. bei durch Gonokokken bedingter P. immer wieder Nachschübe kommen. **Diff.-Diagnose:** Anfangs Diagnose aus oben erwähnten Symptomen. Später fühlt man gewöhnlich hinter dem Uterus oder seitlich von ihm grössere abgesackte Exsudate, die ev. in grössere Adnextumoren übergehen, Uterus nach vorn drängen, hinteres Scheidengewölbe vorwölben können. In chronischen Fällen palpiert man Verwachsungen um die Adnexe; Uterus wird durch gebildete Pseudomembranen gewöhnlich nach hinten verlagert, mehr oder weniger fixiert; Tuben können dabei in grössere Eiter haltende Säcke umgewandelt sein. Cf. Pyosalpinx. **Therapie:** In akuten Fällen zunächst abwartend (cf. Peritonitis); bes. konservatives Verfahren indiziert bei Gonokokken-P. Bei puerperaler akuter P. ebenfalls die ersten 2 Tage abwartend; gehen Symptome dann nicht zurück, besser Laparotomie. Lokalisiert sich Prozess aufs Becken, dann Bettruhe, Eisblase auf den Leib, ev. Priesnitz, Ruhigstellung der Genitalien (keine innere bimanuelle Untersuchung!). Bildet sich Exsudat, dann nicht zu früh eingreifen! Exsudate brechen häufig in Rektum oder Blase durch. Wölbt sich hinteres Scheidengewölbe stark vor, dann Incision daselbst u. Einlegen eines Drainagerohres. Auch nach Schwinden des Fiebers noch lange Bettruhe. In chronischen Fällen ebenfalls zuerst konservative Therapie: Heisse Scheidenduschen, heisse Umschläge, vorsichtige Massage, resorbierende Scheidentampans. Sorge für guten Stuhlgang. Sitzbäder von 30° R mit Stassfurter Salz oder Mutterlauge (ca. 6 Pfund auf 1 Sitzbad). Von Solbädern: Kreuznach, Münster am Stein, auch Moorbäder (Franzensbad) tun gute Dienste. Machen Verlagerungen u. Fixationen des Uterus u. der Adnexe trotzdem weiter Beschwerden, so ist nach Jahr u. Tag operative Behandlung angezeigt.

Fromme.

**Pemphigus foliaceus.** Maligne Pemphigusform, die sich zuweilen aus dem P. vulgaris entwickelt, oft aber auch primär auftritt. **Sympt.:** Die Pemphigusblasen platzen, bevor sie ihren höchsten Spannungsgrad durch den Flüssigkeitserguss erreicht haben, also während sie noch schlaff sind, dann findet sich die Epidermis gleich dünnen übereinander geschobenen Blättern, wie bei einem Blätterteig, auf dem roten wenig sezernierenden Grunde. Die Schuppen lösen sich zum Teil vom Untergrunde ab u. erneuern sich bald wieder, so dass nach ganz kurzer Zeit Bett des Patienten wieder mit einer Menge Schuppen bedeckt ist. Meist ganze Körperoberfläche, selbst Kopf, Handteller u. Fusssohle unter

hohem Fieber betroffen; neben oberflächlichen auch tiefe Ulcerationen; Kachexie, Exitus. **Diff.-Diagnose:** Bei Psoriasis u. Pityriasis rubra Haut trocken, keine Blasen- u. Schleimhauterkrankung. **Therapie:** Innerlich Chinin, Arsen (Rp. 21 ff.), Atropin (tgl. 1—3 Pillen à  $\frac{1}{2}$  mg), Röntgenbehandlung. Bei starker Ausbreitung permanentes Wasserbett (27—28° R), wo die Kranken auf einem hängemattartigen, in der Wanne ausgedehnten Laken Tage u. Wochen zubringen müssen.

M. Joseph.

**Pemphigus neonatorum.** **Ätiol.:** Epidemische Erkrankung. Oft durch Hebammen übertragen. Meist findet sich Staphylococcus pyogenes aureus, andere Male leichte puerperale Infektion der Mutter. Kälteeinflüsse (?). **Sympt.:** Nach fieberhaftem kurzem Prodromalstadium treten plötzlich stark juckende, ev. symmetrische Blasen mit serösem Inhalt auf, die in 2—3 Wochen abheilen. **Therapie:** Eichenrindenbäder (1 kg Dekokt auf ein Bad von 26—28°) 6—8 Minuten; danach Einpudern mit Ichthargan 5,0, Tragacanth. 1,5, Aq. dest. ad 50,0 oder Borvaseline. In schweren Fällen Bardelebens Wismutbrandbinde. Cf. P. syphiliticus.

M. Joseph.

**Pemphigus syphiliticus.** **Sympt.:** Bei Neugeborenen im 7.—8. Monate der Schwangerschaft oder bald nach Geburt. Die kreisförmigen, schlappen, bisweilen prallen Blasen fließen oft zusammen, wodurch Kinder wie verbrüht aussehen („Infantes semicocti“). Immer beibt Lokalisation an Handteller u. Fusssohle charakteristisch, um später auf benachbarte Körperteile überzugehen. Der Blaseninhalt ist von Anfang an eitrig, dagegen beim gewöhnlichen P. neonatorum durchscheinend, serös, hell; hier auch Lokalisation an Handteller u. Fusssohlen nur bei weit ausgebreiteter Blasenbildung vorhanden. Für Diagnose natürlich auch wichtig Auftreten sonstiger Erscheinungen kongenitaler Lues. **Therapie:** Wie bei Lues hereditaria.

M. Joseph.

**Pemphigus vegetans.** **Sympt.:** Aus dem Blasengrunde der konzentrisch fortschreitenden Blasen, die in der Mitte einsinken u. sich mit einer Kruste bedecken, erheben sich weiche, feuchte, oberflächlich nekrotisch werdende aber nie zerfallende Wucherungen, ähnlich spitzen Condylomen. Bevorzugt Genitalgegend, Achselhöhle, Lippen- u. Mundschleimhaut, während Handteller, Fusssohle, Kopfhaut gewöhnlich verschont bleiben. Infolge des Eiweissverlustes bald grosse Schwäche, Zittern der Muskulatur, Exitus. **Diff.-Diagnose:** Bei Syphilis gemischte spezifische Exantheme, Drüenschwellungen, positive Wassermannsche Reaktion. **Therapie:** Frühzeitige energische Pinsetlungen der einzelnen Effloreszenzen mit reiner Jodtinktur (ev.

in Narkose); später permanentes Wasserbett (S. 450), innerlich Chinin.

M. Joseph.

**Pemphigus vulgaris.** *Sympt.:* Ganz plötzliche Blasenbildung auf scheinbar normaler Haut in jedem Lebensalter, die, durch gesunde Intervalle getrennt, zu einem chronischen Verlaufe führt. Einzelne, mit hellem Serum gefüllte pralle Blasen, erbsen- bis kindskopfgross; fliessen selten zusammen. Gewöhnlich entstehen auf einmal an mehreren Körperstellen viele Blasen; während diese noch in verschiedenen Entwicklungs- u. Rückbildungsstadien, erfolgen neue Nachschübe. Subjektives Befinden meist gut, kein oder nur mässiges Fieber. Anfangs klare Blasen trüben sich später etwas, zuweilen blutig gefärbt (P. haemorrhagicus). Bald wird Bild bedrohlicher, indem Schleimhäute ergriffen werden, manchmal sogar zuerst, wobei die linsen- bis pfenniggrossen u. noch grösseren, unregelmässigen, weissen oder weisslich grauen Auflagerungen diphtheritischen Membranen ähneln. Die einzelnen Blasen können sehr bald eine Art Vernarbung aufweisen, unterdes erscheinen aber neue Blasen, u. durch Kombination mit P. foliaceus u. vegetans (s. d.), sowie Auflagerung diphtheritischer Massen (P. diphtheriticus) in ihren verschiedenen Stadien bekommt das Bild etwas Verwirrendes. Zuweilen tritt dazu noch Jucken, u. es bilden sich Blasen auf Urticariaquaddeln (P. pruriginosus). Durch Fieber, Kachexie u. Freiliegen grosser der Epidermisdecke beraubter Hautflächen schliesslich Exitus. *Diff.- Diagnose:* Bei den ersten Blasen schwierig gegenüber Ekzema bullosum u. Erythema exsudativum multiforme; später leicht, da bei P. chronischer Verlauf (s. o.) u. Blasen auch auf Schleimhäuten erscheinen.

M. Joseph.

**Periauriculärer Abscess.** Eiteransammlung in der Umgebung des Gehörgangs, von einer Otitis extern. ausgehend, nach vorn auf die Parotisgegend, nach unten hinter den Kieferwinkel oder nach hinten auf den Warzenfortsatz sich ausbreitend. Umgekehrt können Abscesse der Parotis, der benachbarten Lymphdrüsen, des Warzenfortsatzes nach dem Gehörgang sich erstrecken u. in ihn durchbrechen. *Diff.- Diagnose:* Anwesenheit oder Vorausgehen einer Otitis extern. mit zunehmender Schwellung der Nachbarschaft spricht für echten periauric. Abscess, primäre Erkrankung der Parotis, der Drüsen, des Warzenfortsatzes ohne Entzündung des Gehörgangs dagegen. *Therapie:* Eröffnung von aussen. Bloch.

**Perichondritis der Ohrmuschel.** Akute oder chronische entzündliche Schwellung eines Teiles oder der ganzen knorpeligen Ohrmuschel. *Ätiol.:* Erfrierung, mechanische Reizung, die Plastik bei der Radikaloperation. *Sympt.:* In akuten

Fällen schmerzhafte Anschwellung, selbst mit Temperaturerhöhung, bis zur prallen Deformierung der ganzen Muschel; Bildung von serösem, serös-blutigem oder eitrigem Exsudat. In chronischen Fällen Verdickung der Muschel ohne Exsudatbildung. Nach Operationen Beginn von der inzidierten Stelle der Fossa conchae aus u. manchmal Beschränkung auf die benachbarte Partie. **Therapie:** In akuten Fällen mit eitrigem Exsudat ausgiebige Insisionen parallel zum Helix u. sorgfältige antiseptische Behandlung. Sonst möglichst exspektativ.

Bloch.

**Perichondritis laryngis.** Vorwiegend am Aryknorpel, dann Ringknorpel, schliesslich Schildknorpel u. Kehldeckel. **Ätiol.:** Selten primär durch Verletzungen, Fremdkörper, Druck auf Larynx. Meist sekundär bei Tuberkulose, Syphilis, Carcinom, Abdominaltyphus, Variola, Diphtherie, Scharlach, Septicopyämie. Fortleitung von Entzündungen der umgebenden Schleimhaut u. Epidermis. **Sympt.:** Rötung, Schwellung (Oedem) der Schleimhaut über den befallenen Knorpelbezirken. Abscessbildung mit gelb durchschimmerndem Eiter. Freilegung u. Nekrose des Knorpels. Verlust desselben ganz oder teilweise. Störungen der Stimmbandbewegung durch Ankylosen im Crico-Arygelenk oder ungenügenden Halt des Aryknorpel bei Verlust der stützenden Ringknorpelplatte (Juxtaposition der Stimmbänder). Bei Erkrankung des Kehldeckels Unbeweglichkeit desselben. Schmerzen, bes. bei Druck auf Kehlkopf u. beim Schluckakt (nach Ohr ausstrahlend), Heiserkeit, Hustenreiz. Atembehinderung bis Dyspnoe, selbst Erstickungsanfall (namentlich bei plötzlich eintretender Juxtaposition). **Komplik.:** Glottisoedem\*. Senkungsabscesse. Emphysem der Nachbarschaft. Kehlkopfstenose\*. **Diagnose:** Oft anfangs schwierig; leicht erst, wenn Knorpel freiliegt oder mit Sonde fühlbar oder Knorpelstückchen ausgehustet. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens, Eiskravatte, Eispillen. Neumeyers Anginapastillen. Streupulver (Rp. 4, 6). Erleichterung des Schluckens durch weiche Nahrung (am besten Flüssigkeiten). Bei Abscess Eröffnung, bei Oedem Skarifikationen, beides unter Spiegelkontrolle. Bei Dyspnoe u. Erstickungsgefahr Tracheotomie, die stets bei stärkerer P. vorzubereiten.

Max Senator.

**Perihepatitis hyperplastica.** Peritonitis des Leberüberzuges (stark fibrös verdickt: „Zuckergussleber“). Klinisch der Lebercirrhose entsprechend. Bes. isolierter Ascites. Geringeres Oedem der Beine. Obere Körperhälfte zunächst frei ausser Stauung der Halsvenen. Ev. Cyanose später wegen allgemeiner Stauung infolge Herzinsuffizienz. Charakterisiert durch gleich-

zeitige Symphysis\* perikardiaca (perikarditische Pseudolebercirrhose, Picksche Krankheit). Meist Pleuritis chronica u. sonstige Peritonitis chronica gleichzeitig = Polyserositis (Infektionskrankheit sui generis?). Arneth.

**Perikarditis.** *Ätiol.:* Primär selten (rheumatisch, traumatisch, Alkoholismus, primäre Tuberkulose). Fast immer sekundär, vor allem bei akutem Gelenkrheumatismus, septischen u. damit verwandten, aber auch bei allen anderen Infektionskrankheiten möglich, bes. auch in den letzten Stadien (wie auch Endokarditis) bei Carcinom u. Tuberkulose (ausser wenn fortgeleitet), zuweilen zunächst scheinbar kryptogenetisch. Aus der Nachbarschaft: von Pneumonie, Pleuritis, Endokarditis her, überhaupt von allen Entzündungen, Eiterprozessen im Brustkorb. Pleuritis carcinomatosa cf. Lungen- und Pleurageschwülste. *Sympt.:* Bei *P. sicca* (initial) nur Reibegeräusche (ev. auch fühlbar), meist an Herzbasis (grosse Gefässe, bes. Pulmonalis) u. circumscrip't: Stethoskop andrücken, ev. vornüberbeugen lassen. Bei *P. exudativa* Herzdämpfung verbreitert, meist zuerst rechts (Herzleberwinkel), dreieckförmig (Basis nach unten, abgerundete Spitze oben), Reiben verschwindend; Dämpfung nach allen Seiten, auch nach oben zunehmend, ev. sehr gross (trapezoide Form), im Stehen breiter als im Liegen, in Seitenlage entsprechende Verschiebung; Lungen zurückgedrängt; starkes perkutorisches Resistenzgefühl; Spitzenschlag schwächer werdend, innerhalb der (Herz-)Dämpfung gelegen, beim Vornüberbeugen deutlicher fühlbar; Herztöne leiser. Wenn stark, Milz, ev. Leber nach unten gedrängt, Lunge komprimiert (hinten Kompressionsbronchialatmen, tympanitischer bis gedämpfter Schall), Herzgegendvorwölbung, Stauung (Halsvenen, Cyanose), Atemnot (bis höchste Grade) u. sonstige Druckscheinungen (cf. Aneurysma aortae, Mediastinaltumor); leicht Herzinsuffizienz\* (Folgen). Probepunktion (spez. Gew. über 1015). Subjektive Beschwerden (Beklemmungs-, Angst-, Schmerzgefühl) mit Intensität zunehmend; mässiges Fieber (ev. Grundkrankheit massgebend). Mit Exsudatrückgang wieder Reibegeräusche. Als Folge ev. partielle bis totale Verwachsung des Herzbeutels (cf. Symphysis perikardiaca, Perihepatitis hyperplastica). *Komplik.:* Übergreifen der Entzündung auf äussere Perikardfläche u. mediastinales Bindegewebe (cf. Mediastinitis) bzw. Pleuroperikarditis sicca (besser Sinuspleuritis genannt). Bei dieser auch von der Atmung abhängiges, der Herzfähigkeit synchrones Reiben. Wenn Lungenränder frei von Auflagerungen: bei Zwischentreten zwischen Pleurasinusblätter (tiefste Einatmung u. Atemanhalten) kein Reiben mehr. *P. tuberculosa* (oft hämorrhagisch) meist mit oder von Pleuritis tuberculosa her (Tuberkulose der serösen Häute); dann Ana-



mnese, Habitus, sonstiger Befund. **Diff.-Diagnose:** Hydroperikard\* (Probepunktion), Hämoperikard\*, Infiltration der an die Herzdämpfung angrenzenden Lungenpartien (Lungenerscheinungen). **Therapie:** Punktion nur, wenn Exsudat sehr gross (Gefahr der Abknickung der Gefässe bzw. akuter Herzschwäche; cave bruske Bewegungen, Aufrichten usw.); dgl. wenn nach ca. 4—5 Wochen kein Rückgang. Vorher Probepunktion (5. I.-R. links, 1—2 Finger vom Sternum). Wenn eitrig oder jauchig, Operation. Sonst Bettruhe, Eisbeutel, trockne oder blutige Schröpfköpfe, Blutegel, Capsicum- oder Cantharidenpflaster, Rp. 188, 27—29. Diuretica cf. Pleuritis. Sonst Behandlung des Grundleidens. Arneth.

**Periostitis.** **Ätiol.:** Trauma (Quetschung), Überanstrengung beim Marschieren (Schienbeine), Infektion pyogenen oder spezifischen Charakters, analog der Osteomyelitis\*. **Sympt.:** Schmerz, Schwellung, die gewöhnlich umschrieben bleibt, ev. auch Fieber. Je nach Art der Infektion geht Prozess zurück oder es bildet sich ein serös-albuminöser oder eitriger Abscess; nach letzterem meist Bildung kleiner corticaler Sequester. Seltener fibrös-knöcherner Verdickung analog der sklerosierenden Osteomyelitis. Überhaupt P. meist mit Osteomyelitiskombiniert. Bei der gummösen P. Bildung kleiner elastisch weicher Knoten, die vereitern bzw. verkäsen können, oft aber bei geeigneter Behandlung unter Zurücklassung adhärenter Narben ohne Aufbruch zurückgehen. — **Prognose:** Im ganzen günstig, entsprechend dem Charakter der Infektion. **Therapie:** Bei mildem Verlauf Hochlagerung des kranken Teils, ev. Stauungshyperämie; hydropathischer Verband; Jodtinktur, Jodsalbe, graue Salbe bzw. Emplastr. cinereum, Ichthyolsalbe. Bei deutlichem Abscess Incision, Auslöffelung der Granulationen u. Entfernung der ev. corticalen Sequester. Bei gummöser P. antisymphilitische Kur. Leser.

**Periproktitis.** Eitrige Entzündung in der Umgebung des Mastdarms, meist in der Nähe des Afters, aber auch in Fossa ischio-rectalis oder höher. Zuweilen schwere septische Phlegmonen. **Ätiol.:** Infektion von der äusseren Haut (Furunkel usw.) oder (häufiger) von der Mastdarmschleimhaut (Ulcus, Fremdkörper, ungeschicktes Bougieren) oder endlich von Nachbarorganen aus. **Sympt.:** Verschieden schnell vorschreitende Eiterung; meist Schüttelfrost, hohes Fieber, Durst ev. sogar Benommenheit, heftige Schmerzen, namentlich bei Defäkation, Schwellung am Damm u. innen in der Umgebung des Mastdarms, die schnell in Eiterung übergeht. **Komplik.:** Übergang auf Lymphdrüsen u. ev. eitrig Peritonitis, Gangrän von Perineum u. Scrotum. **Prognose:** Gut, wenn rechtzeitig ein-

gegriffen; achthaben, dass nicht Mastdarmfistel\* entsteht. **Therapie:** Baldmöglichst tiefe u. breite Incisionen, radiär zum Anus unter möglicher Schonung des Sphincters; Spülung mit antiseptischen Lösungen, lockere Tamponade bei Sorge für tadellosen Abfluss des Sekrets; völlige Ausheilung durch Granulation aus der Tiefe. Leser.

**Peritonitis acuta. Ätiol.:** Selten primär bei hämatogener Infektion. Meist sekundär nach Bauchwandverletzung bzw. Eröffnung von Eingeweiden, Magen-Darmperforation durch Ulcerationen, am häufigsten nach Appendicitis (Übergreifen der Entzündung), nach eitriger Entzündung der Gallenblase, der weiblichen Genitaladnexe, auch nach innerer Incarceration, bei Infektionskrankheiten usw. Je nach Art der Infektion seröse, fibrinöse, eitrige u. jauchige P.; oft Übergänge. **Sympt.:** Fieber (kann auch fehlen), Übelkeit, Erbrechen, starke Leibscherzen. Puls beschleunigt, später klein. Bald Darmlähmung mit Aufhören von Stuhl- u. Flatus-Abgang, Meteorismus. Bei Palpation vermehrt sich Spannung der Bauchdecken („défense musculaire“, wichtiges Symptom bei circumscripter P.). Ohne Eingreifen bald Verschlimmerung: Puls unzählbar klein, Facies hippocratica, Zunge trocken, rissig, braun belegt, kalter Schweiß. Erbrechen kann unstillbar u. kotig werden bei immer quälenderem Durstgefühl. Oft Singultus, Indikanurie, Hyperleukocytose. Zuweilen Retentio urinae oder Tenesmus vesicae. In etwa 2—8 Tagen Exitus unter zunehmender Herzschwäche. Krankheitsbild sehr wechselnd. Cf. Magendarmperforation, Septicopyämie, Puerperalfieber. **Prognose:** Stets sehr ernst; abhängig von Art der Infektion u. Kräftezustand des Kranken. Je früher diagnostiziert u. je umschriebener der Prozess, desto besser die Aussicht auf Erfolg der Behandlung. **Therapie:** Absolute Bettruhe; Eisblase (suspendiert) auf den Leib, ev. auch warme oder hydropathische Umschläge. Ruhigstellung des Darms durch Opium, namentlich bei Perforations-P. Hohe Ölklysmen bzw. Kalomel nur bei Koprostase bzw. starkem Meteorismus; bei letzterem auch Versuch mit hoher Einführung eines weichen Darmrohrs bzw. Punktion von Darmschlingen-Magenspülungen oft wohltuend (cf. Ileus). Gegen die Schmerzen Morphium (Rp. 131); gegen den Durst Eispillen; gegen Darmlähmung Atropin (Rp. 147), Physostigmin; zur Stärkung der Herzkraft Kampher, Digalen (Rp. 51) usw. Öftere Kochsalzinfusionen (auf 1 l Zusatz von 3 Tropfen 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> Adrenalin). Bei septischen Formen reichlich Alkohol. Am rationellsten ist aber operative Therapie, um Ursache u. Produkte der Entzündung zu beseitigen; angezeigt bes. bei P. perforativa u. purulenta (aber nicht bei septischer P.): Laparotomie, Aufsuchen der Ursache, Entfernung derselben (Appendektomie,

Exstirpation der Gallenblase, Adnexe usw., Naht des Darms usw.). Reinigung der Bauchhöhle von Eiter, m. E. am zweckmässigsten durch allseitige trockne Tamponade sofort nach Eröffnung der Bauchhöhle. Andere spülen mit vielen Litern warmer physiolog. Kochsalzlösung aus; Drainagen an abhängigen Stellen.

Leser.

**Peritonitis chronica. Ätiol.:** Im Anschluss an P. acuta oder idiopathisch bei Entzündungen der Unterleibsorgane, Ascites; auch durch Neubildungen u. Aktinomykose bedingt. Am häufigsten ist die P. tuberculosa (s. d.). **Pathol. Anat.:** Wucherungen, Verdickungen, Schrumpfungen u. Schwarten des Bauchfells, ausgedehnte Verwachsungen, Strangbildungen usw. Freie u. abgesackte eitrige, sulzige, serofibrinöse, auch hämorrhagische Exsudate. **Sympt.:** Bei Entwicklung aus akuter P. dieselben Erscheinungen wie bei dieser, nur allmählich abklingend, zuweilen anfallsweise wieder aufflackernd. Bei den idiopathischen Formen schleichender Beginn; zuweilen anfangs gar keine oder nur ganz unbestimmte Symptome (Verdauungsstörungen, Leibschmerzen, Meteorismus usw.). Später ev. Exsudate, Reiben, fühlbare Verdickungen, Darmstrangulation usw. Daneben zunehmende Abmagerung, evt. auch periodisches Fieber. **Prognose:** Heilung bzw. Stillstand möglich. Oft aber (bei Carcinom stets) chronisches Siechtum u. Tod (ev. durch Ileus). **Diff.-Diagnose:** Im Beginn sehr schwierig gegenüber nervösen u. hysterischen Beschwerden. Gegen Stauungsascites spricht spez. Gewicht des Exsudats über 1014 u. Eiweissgehalt über 3%, Unterscheidung ev. Wülste u. Verdickungen von Tumoren oft manchmal erst nach Probelaaparotomie möglich. Bei P. carcinomatosa meist primärer Herd nachweisbar; Exsudat blutig oder milchig; starke Kachexie. **Therapie:** Chirurgisch nur, wenn Adhäsionen schwere Störungen (Darmstrangulation usw.) machen. Sonst roborierende u. symptomatische Behandlung (Hydrotherapie, Moor- u. Fangopackungen, passende Leibbinden usw.)

Guttman.

**Peritonitis tuberculosa. Ätiol.:** Sehr selten primäre hämatogene Infektion; öfters direkte Infektion von einem tuberkulösem Herde der Nachbarschaft (Darm, Adnexe usw.); auch metastatisch möglich bei Lungen- und Drüsentuberkulose. **Pathol. Anat.:** Circumscripste Form und diffuse Aussaat zahlloser Tuberkelknötchen auf visceralem und parietalem Bauchfell. Ungünstig ist die eitrig-käsige bzw. fibrinöse eitrige Abscessbildung zwischen den unentwirrbar verklebten Darmschlingen („P. sicca“). **Sympt.:** Jugendliche Individuen meist hereditär belastet oder mit anderweitiger Tuberkulose (Drüsen, Lungen). Prodromal: Mattigkeit, Krank-

heitsgefühl, Abmagerung, Appetitmangel, Gefühl abnormer Schwere im Bauch ev. auch Schmerzen; allmähliche Auftreibung der Leibeshöhle infolge eines zuweilen kolossalen Ascites; manchmal auch nur abgesackte Exsudate; zuweilen Durchfälle. **Diff.-Diagnose:** Gegenüber malignem Tumor nur nach genauester Palpation nach ev. Ablass des Ascites möglich (cf. Unterleibstumoren). Bei Lebercirrhose\*, höheres Alter, Alkoholmissbrauch. **Prognose:** Schlecht bei eitrig-fibrinöser Form, rel. günstig bei diffuser Form mit Ascites; selbst spontane Heilung möglich. In anderen Fällen chronisches Siechtum bzw. Ileus. **Therapie:** Allgemeinbehandlung s. Lungentuberkulose. Bei diffuser P. Laparotomie: breite Eröffnung u. sorgfältiges Ablassen des ganzen Ascites mittels Austupfen. Heilung dadurch sicher möglich; ob durch Licht-, bzw. Luft-Zutritt oder durch mechanische Reizung mit folgender Hyperämie bedingt, noch nicht festgestellt.

Leser.

**Peritonsillitis.** Phlegmone der Mandelumgebung u. (seltener) der Mandeln selbst, vorwiegend an Gaumenmandeln, nächst dem an Zungenmandel, seltener an Rachenmandel (Retropharyngealabscess\*). Meist einseitig, bei Doppelseitigkeit gewöhnlich eine Seite der anderen folgend. **Ätiol.:** Vorhergegangene Angina\*, namentlich bei grossen u. zerklüfteten Gaumenmandeln (wo sehr zu Wiederholungen neigend). Mandelpfröpfe u. -steine, wobei Gaumenmandeln ebenfalls meist hyperplastisch u. zerklüftet. Caries dentium (namentlich der Molaren). Traumen, speziell Zahnoperationen. **Sympt.:** Gewöhnlich 3 Tage nach Ablauf einer Angina ein- oder doppelseitiger stark stehender Schluckschmerz unter erneutem Fieber. Allmählich starke Behinderung, selbst Unmöglichkeit der Nahrungsaufnahme, sogar des Speichelschluckens. Klossige, undeutliche Sprache, unter Schmerzen; erschwerte Mundöffnung, selbst Kieferklemme. Starker Foetor ex ore. Dick belegte Zunge. Starke Rötung u. Schwellung der Mandelumgebung bzw. bei Mandelabscess der Mandeln selbst. Bei P. der Gaumenmandel mechanische Behinderung der Gaumensegelbewegungen; oft Oedem der Uvula. Sobald Abscessbildung (meist nach 3—4 tägigen Bestehen) deutliche Vorwölbung u. fühlbare Fluktuation der Abscessstelle, bei Gaumenmandel-P. meist neben Uvula, oberhalb u. medial der Mandel, auch im vorderen u. hinteren Gaumenbogen oder in der Mandel selbst (Mandelabscess). Ohne Therapie gewöhnlich nach 6 bis 8 Tagen spontaner Eiterdurchbruch (stets zu verhüten!). Stets schmerzhaft Schwellung der äusseren zugehörigen (retro- u. submandibulären) Halslymphdrüsen. **Komplik.:** Ziemlich selten. Glottisödem\*. Senkungsabscesse in Halsfaszienräume, Mundboden (Angina Ludovici\*), Mediastinum. Weiterschreiten der

Phlegmone auf Nachbarschaft. Metastatische Septico-Pyämie. Gelegentlich Erstickungsanfälle, namentlich bei plötzlichem Spontandurchbruch des Abscesses (daher stets frühzeitige Operation!). Blutungen durch Eiterarrosionen grosser Gefässe. **Therapie:** Bei beginnender Erkrankung Eispillen u. Eiskravatte zur Coupierung (meist vergeblich). Sonst warme Halsumschläge, Gurgelungen mit warmem Salbei- oder Kamillente (zur schnelleren Abscedierung) oder Wasserstoffsperoxyd (2 Teelöffel auf 1 Trinkglas lauwarmen Wassers). Neumeyers Anginapastillen. Flüssige Nahrung. Bettruhe (nicht immer nötig). Sorge für offenen Leib. Antipyretica (Rp. 37), Hypnotica (Rp. 109—118). Incision an Stelle der Abscessbildung; aber auch bevor solche deutlich, zur momentanen Entspannung, Blutentziehung und Erleichterung des daselbst vermuteten späteren Eiterdurchbruches anzuraten, ev. einige Male zu wiederholen. Cocainisierung vor Incision wegen Oedem meist unnötig u. wenig wirksam, aber zur Beruhigung des Patienten angebracht (Aufpinseln oder Aufspritzen einer 10—20% Lösung). Bei Incision cave Verletzung der grossen Gefässe, namentlich im vorderen (A. pharyngea ascendens) und hinteren Gaumenbogen (abnorm verlaufende Carotis); deswegen stets mehr medial einschneiden, achten auf abnorme Pulsationen. Incisionswunde 1—2 Tage mittels stumpfen Instrumentes offenhalten zum völligen Abfluss jeglichen Eiters, u. Fortsetzen der Spülungen mit lauwarmem Salbei- oder Kamillente. Bei P. habitus in anfallsfreier Zeit Beseitigung ev. Ursachen, wie Gaumenmandelhypertrophien\*, Mandelpröpfe, Mandelsteine, cariöse Zähne usw.

Max Senator.

**Periurethritis.** Übergreifen einer gonorrhöischen Entzündung, seltener einer Mischinfektion mit Staphylococcus pyogenes aureus auf das submuköse Bindegewebe. Cf. Paraurethritis. **Sympt.:** Auftreten an jeder Stelle der Urethra, meist am Orificium ext. oder am Frenulum, wo von den Tysonschen Krypten ausgehend kleine rote, erbsengrosse, harte, zuerst wenig schmerzhaft Knötchen auftreten, die später vereitern u. nach aussen, seltener nach innen durch die Littreschen Drüsen, bzw. Morgagnischen Lacunen in die Urethra perforieren. Ernster ist das Übergreifen auf die Pars cavernosa, wo sich an circumscripter Stelle in der Umgebung der Urethra ein kleines knotiges Infiltrat bildet, das allmählich bis zu Walnussgrösse zunimmt u. meist vereitert. Fieber, schmerzhaft Erektionen mit Chorda\* venerea. Spontaner Durchbruch zuweilen nach aussen, selten nach der Urethra zu, hier gefahrvoll wegen der Urininfiltration. **Therapie:** Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Incision u. chirurgische Behandlung.

M. Joseph.

**Pfortaderthrombose.** *Ätiol.:* Infolge von Blutstromverlangsamung bis Aufhebung: bei Druck auf Hohlvene (Leberpforte) durch Tumoren, Verwachsungen, bei Leberlues, Lebercirrhose, Pankreasaffektionen, bei Pylephlebitis\*, auch marantisch. *Sympt.:* Wenn akute u. ausgedehnte Ausbildung, plötzlich hochgradige Stauung im Pfortadergebiet. Daher Bluterbrechen, Blutstuhl, akute Milzschwellung, Ascites, meist rasch tödlich. Bei chronischer u. ausgedehnter Entwicklung chronische Pfortaderstauung ev. mit allen Erscheinungen wie bei Lebercirrhose\*. Wenn partielle Verstopfung, ev. Ausgleich möglich. *Therapie:* Cf. Lebercirrhose. Arneth.

**Pharyngitis acuta.** *Ätiol.:* Erkältung bzw. Infektionsgelegenheit; descendierende Rhinitis acuta\*, ascendierende Laryngitis acuta\*, Angina\*, Influenza\*. Bisweilen nach Aufnahme von Jod, Arsen, Atropin, Antimon, Quecksilber (Angina bzw. Pharyngitis toxica). Reizung durch heisse oder reizende Dämpfe oder Speisen; Tabak, Spirituosen, scharfe Gurgelwässer. *Sympt.:* Trockenheit, Kratzen im Hals, Wundgefühl, Schluckschmerz (nach Ohr ausstrahlend), erschwerte klossige Sprache, Räusperreiz, später vermehrte Schleimabsonderung, oder schleimig-eitriges Sekret. Subfebrile bis leicht febrile Temperatur. Schleimhaut des ganzen Rachens, bes. der hinteren Wand hochrot, bisweilen livid, geschwollen, succulent, sammetähnlich. Am Gaumensegel häufig stecknadelspitz- bis -kopfgrosse prominente Drüsen u. Follikel, die nach 1—2 Tagen zu flachen Ulcera zerfallen, dann ebenso schnell heilen (P. follicularis). Zäpfchen oft oedematös, glasig, ev. roter dicker Wulst mit gelblichen Follikeln (Uvulitis). Im Nasenrachen (Rhinoscopia posterior) gleiche Schleimhauterscheinungen und rot geschwollene Rachentonsille u. Follikel (Angina retronasalis). Später Schleimhaut überall mit schleimig bis eitrigem Sekret bedeckt. *Komplik.:* Rhinitis\*, Laryngitis\*, Tracheo-Bronchitis\*, Otitis media acuta\*, Angina\*, Nephritis acuta\* (selten). *Therapie:* Vermeiden von saurer, scharfgewürzter, heisser Kost, von Alkoholicis, Tabakrauch. Stimm-schonung. Ruhe (Bettruhe selten erforderlich); flüssige bis halbweiche Diät (Fieberdiät). Sorge für offenen Leib. Priessnitzsche oder besser warme Halsumschläge, Gurgelungen mit lauwarmem Salbei- oder Kamillentee, auch Wasserstoffsperoxyd (2 Teelöffel auf 1 Trinkglas lauwarmen Wassers). 2% Boraxlösung. Neumeyers Anginapastillen. Aufblasen von Streupulvern (Rp. 4, 6). Ev. Antipyretica (Rp. 37). Bei stärkerem Auftreten Eispillen, Eiskravatte; bei Oedem (Uvulae) ev. Skarififikationen. Cave lokale Adstringentien. Gewöhnlich Heilung, selten Ausgang in Ph. chronica (meist bei öfterer Vernach-

lässigung). Prophylaktisch: Abhärten (zweckmässige Kleidung, kalte Wasser- (See-) u. Luftbäder, Leibesübungen im Freien u. a. m).

Max Senator.

**Pharyngitis chronica.** *Atiol.:* Vernachlässigte Ph. acuta\*; fortgeleitete Rhinitis u. Laryngitis chronica\*, Mundatmung infolge Nasenverlegung (Nasenpolypen\*, Rhinitis chronica\*, adenoide Vegetationen\*). Abusus Nicotini et Spirituosorum, Gewöhnung an heisse Kost (häufig verkannt). Reizung durch scharfe Dämpfe u. Speisen. Einatmen von Staub, trockner heisser Luft. Berufliche Überanstrengung der Stimme (Lehrer, Prediger, Sänger, Offiziere) oder mehrerer Ursachen zusammen. Verdauungsstörungen, sog. Plethora abdominis (wegen Blutstauungen). Für atrophische Form auch Anämie u. Chlorose. Syphilis, Tuberkulose, Scrofulose. Nephritis chronica, Diabetes mellitus (beide namentlich sehr häufig übersehen, deshalb in unklaren Fällen Urinuntersuchung!). Auch Alterserscheinung.

**Sympt.:** a) Ph. hypertrophica (vorwiegend bei Männern). Schleimhaut namentlich an hinterer Rachenwand mehr minder gerötet, mit erweiterten Blutgefässen, oft rote unregelmässige lymphatische Granula (Ph. granulosa). Uvula meist leicht oedematös, glasig durchscheinend, mitunter verlängert ausgezogen (Uvula elongata) selbst bis zur Berührung des Zungengrundes u. Kehldeckels. Oft Verdickung der beiden Seitenstränge bis zu starken Wülsten (Ph. lateralis), namentlich bei Würgebewegungen deutlich. Schleimig bis eitriges Sekret die Schleimhaut bedeckend, auch bes. im Nasenrachen (statt Rhinoscopia posterior!), wo neben häufigen adenoiden Vegetationen, oft mit tiefem Recessus medius, dieselben Schleimhautveränderungen. b) Ph. atrophica (vorwiegend bei Weibern). Schleimhaut blass, dünner als normal, trocken firnisglänzend. Uvula oft zu kleinem Stumpf geschrumpft. Nasenrachen wegen Schleimhautatrophie sehr weit geräumig. Trocknes, zu Borkenbildung neigendes Sekret überall, namentlich im Nasenrachen; bei forcierter Entfernung oft lokale Blutung. Da atrophische Form sich öfters aus hypertrophischer entwickelt, auch Mischformen beider. Kratzen, Trockenheit, Stechen u. Brennen, Wundgefühl, Husten, Fremdkörpergefühl usw. Paraesthesia pharyngis\*. Brechneigung bzw. Vomitus matutinus (wegen Reizung durch anhaftendes Sekret). Entleerung zähen, glasigen, oft blutigen, auch grau-schwärzlichen (durch Staubbeimischung) Sekretes, wodurch Patienten oft Phthisiker zu sein fürchten. Stets akute Exacerbation möglich, der Pharyngitis acuta\* mehr minder ähnelnd. **Komplik.:** Rhinitis\*, Laryngitis\*, Tracheo-Bronchitis\*, Otitis media chron. (trockner, chronischer Mittelohrkatarrh, Tubenverlegung). Magen- u. Verdauungsstörungen. **Diff.-Diagnose:** Idiopathisch oder

sekundär. Bei Sekret u. Borken Pharynxsyphilis\*. Pharynx-tuberkulose\*, Ozaena\*. Nebenhöhleenerung (namentlich des Keil- u. Siebbeins). **Therapie:** Behandlung etwaiger Grundleiden, Vermeidung verursachender Schädlichkeiten. Abhärten (s. Pharyngitis acuta). Staubfreie Luft. Seeaufenthalt. Enthalten von scharfer, gewürzter, saurer, zu heisser u. zu kalter Kost; dgl. von Alkohol und Tabak. Lokal: zu starke Adstringentia im allgemeinen nachteilig. Pinselungen mit Lugolscher Lösung (zum Wasser bis zur Kognakfärbung (Rp. 190) oder gleichstarker Mandlscher Lösung (Rp. 192). Aufblasen von Streupulvern (Rp. 4, 6). Gurgelungen mit Wasserstoffsperoxyd (2 Teelöffel auf 1 Glas stubenwarmen Wassers) besonders nach den Mahlzeiten oder mit 2% Borsäurelösung. Bei Trockenheitsbelästigung Bergmanns Halskaupastillen (2 stündl.), Nasenbäder mit Teelöffel oder speziellen Glaskännchen (1 Teelöffel Glycerin, 2 Teelöffel Kochsalz,  $\frac{1}{4}$  l Wasser), wegen Ohr nicht unbedenklich (nur wenn dieses ganz schmerzfrei und vom Flüssigkeitseindringen durch Tube verschont bleibt), allerdings oft recht wirksam. Bei stärkerer Ph. lateralis Verkleinerung durch Ätzen mit Argentum nitricum in Substanz (an Sonde angeschmolzen), oder instrumentelle Entfernung, wie auch ev. bei Uvula elongata (Galvanokaustik wegen starker nachheriger Schluckschmerzen und ev. Narbenverwachungen zu wider-raten). Trink- und Inhalationskuren wie bei Laryngitis chronica\*, bei akuten Exacerbationen wie Pharyngitis acuta\*.

Max Senator.

**Pharynxgeschwülste.** a) Gutartige: Cysten, Papillome, Fibrome, Angiome, Lipome, seltener Myxome, Adenome. b) Bösartige: Carcinome, Sarkome, Lymphosarkome, maligne Lymphome. **Ätiol.:** Unsicher, mitunter lang einwirkende chronische Reizungen (?); auch angeboren. **Sympt.:** An verschiedensten Stellen Tumoren wechselnder Grösse u. Gestalt, gestielt oder ungestielt. Am häufigsten Papillome, deren Lieblingssitz Uvulaspitze, demnächst hinterer Gaumenbogen. An Tonsillen seltener gutartige Geschwülste, indes auch Lipome, Angiome, Fibrome in enger Verbindung mit Blutgefässen (Fibroma teleangiectaticum). An hinteren Gaumenbögen, mitunter auch in tieferen Rachenteilen, linsen- bis bohngrosses, mandelähnliches Gebilde, ein- oder beiderseitig (Tonsilla succenturiata) oder an Stelle der fehlenden, richtigen Tonsille eine Tonsilla aberrata. An Zungenmandel ausser sonstigen gutartigen Geschwülsten Dermoide aus persistierender Kiemenfistel oder offengebliebenem Canalis lingualis; daselbst auch als abgeschnürter Thyreoidea-Teil die Struma accessoria. Im Nasenrachen, mitunter selbst hinter dem Gaumensegel herunterhängend retronasale Polypen, welche indes nur scheinbar



Rachengeschwülste, vielmehr aus der Nasenhöhle (wahrscheinlich aus der Kieferhöhle) entspringend an langem Stiel in Nasenrachen durch die Choane hindurch hinabhängen (Rhinoscopia posterior!). Bösartige Geschwülste vorwiegend an einer oder beiden Mandeln, indes auch an sämtlichen anderen Rachen teilen; zu schnellem jauchendem Zerfall neigend mit fauligem Foetor ex ore; die Gegend ihres Sitzes sowie die Umgebung erheblich zerstörend. Subjektive Beschwerden je nach Charakter, Grösse, Sitz der Geschwülste verschieden, meist Räusperreiz, Kratzen, Behinderung im Sprechen, Schlucken, Atmen. **Komplik.:** Bei gutartigen Geschwülsten gelegentliche Husten-, selbst Erstickungsanfälle, wenn sie lang gestielt u. in Luftwege aspiriert werden; gewöhnlich aber sofortiges Wiederherausschleudern aus Atmungswegen. Bei Angiomen gelegentliche Blutungen. Bei bösartigen Formen Infiltration der zugehörigen Lymphdrüsen, Metastasen, Zerstörung bzw. Übergreifen auf Nachbarorgane (primäres Pharynxcarcinom auf Kehlkopf, cf. Kehlkopfkrebs). Schwerere Funktionsstörungen. **Diff.-Diagnose:** Histologische Untersuchung exstirpierter Stücke. Bei Mandeltumoren Gaumenmandelhypertrophie\*. Bei ulcerierenden Carcinomen luetische Geschwüre. Sklerom\*. **Therapie:** Bei bösartigen Tumoren stets radikalste Entfernung auf grosschirurgischem Wege. Bei gutartigen Entfernungen nur, wenn subjektive oder objektive Störungen es indizieren, im ganzen oder stückweise, grosschirurgisch oder lokal mit Galvanokauter, Schere, schneidenden Zangen usw. unter örtlicher Anästhesie. Histologische Untersuchung herausgenommener Stücke stets ratsam.

Max Senator.

**Pharynxsyphilis.** Vorwiegend Sekundär- u. Tertiärstadium, indes Primärstadium (Initialschanker) nicht ausgeschlossen. **Ätiol.:** Allgemeininfektion; beim Initialschanker direkte Berührung (extragenitaler Coitus; infizierte Geschirre oder Instrumente; Osculum syphiliticum). **Sympt.:** Initialschanker: Flaches Ulcus mit leicht erhabenem, hartem Rande, schmierigem Belag in geröteter Umgebung, meist auf einer Mandel. Sekundärstadium: Zuweilen anfangs getrennt stehende, scharf begrenzte rote Schleimhautflecke (Erythema syphiliticum), die später konfluieren u. gleiches Bild wie Pharyngitis acuta\* bieten; dann leichte trübe graue Erhebungen mit geröteter Umgebung (Condylomata lata oder Plaques muqueuses) häufig konfluierend, rund oder elliptisch auf Mandeln, welche alsdann stark hyperplastisch (Angina syphilitica\*). Gaumenbögen, Gaumensegel, Zäpfchen, auch auf Zungenmandel u. im Nasenrachen; nach baldigem Zerfall oberflächliche graue Ulcera, die nach 1—2 Monaten schwinden. Lymphdrüseninfiltration. Vermehrte Speichelabsonderung; mässige, im Ulcerationsstadium

stärkere Sprech- und Schlingbehinderung; Foetor ex ore. Tertiärstadium: Gummata mit schnellem Zerfall in tiefe runde Ulcera mit schmierig-gelblichem Belag, oft aus mehreren konfluierenden ein grosses rundes tiefes Geschwür mit Schleimhautdefekten bzw. Perforationen (am harten und weichen Gaumen) in die Nasenhöhle oder Verlust einzelner Organe (z. B. der Uvula). Ferner tiefe Geschwüre mit unregelmässigen Rändern, schmierigem Belag und lividroter, verdickter Umgebung. Zerstörung von Periost und Knochen. Sitz meist an Tonsillen, Gaumenbögen, Velum, hinterer Rachenwand, und im Nasenrachen, wo häufig übersehen (stets Rhinoscopia posterior!). Nach Ausheilung der Geschwüre Defekte, ausgedehnte, feste strahlige Narben u. Verwachsungen (Gaumensegel mit hinterer Rachenwand, total oder partiell, der Zungenbasis mit hinterer Rachenwand, ferner Verengerung des Aditus Laryngis et Oesophagi). Bei längerer Erkrankung glatte Atrophie der Zungenbasis (sehr charakteristisch). Störungen des Schluckens und der Sprache, besonders bei Narben (Verengerung des Luft- u. Speisewegzuganges, teilweiser oder totaler Abschluss der Nasenhöhle); andererseits Perforationskommunikation der Mund- u. Nasenhöhle (nasale Sprache, Eindringen von Nahrung in die Nasenhöhle). **Komplik.:** Syphilitische Affektionen anderer Körpergegenden. Übergang auf Nachbarorgane (bes. im Tertiärstadium). **Diff.-Diagnose:** Allgemeinuntersuchung (stets erforderlich), Wassermannsche Complementbindungsreaktion, Spirochaete pallida, Nutzen spezifischer Therapie. Im Primärstadium Angina Vincenti\*. Im Sekundärstadium Pharyngitis acuta\* u. chronica\*, Angina simplex\* (Temperaturerhöhung). Pharynx tuberkulose\* (aber auch Mischformen), Lupus\*, Herpes Pharyngis\* nach Platzen der Bläschen (Gruppenform). Im Tertiärstadium: Ulcerierende Carinome (meist im höheren Alter, kraterförmige, erhabene, höckrige Ränder); bei Perforationen Lepra; bei Narben Sklerom\*. **Therapie:** Allgemeinbehandlung. Lokal: Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxyd (1—2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser), essigsaurer Tonerde (1/2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser), Streupulver (Rp. 4, 6). Bei Ulcera Pinselungen mit Lugolscher oder Mandlscher Lösung (Rp. 190, 192). Chromsäure-Ätzungen (in Substanz an Sonde angeschmolzen, oder auf Watte in konzentrierter Lösung). Flüssige bis weiche, reizlose Kost; Vermeiden von Tabak u. Alkohol. Bei Narbenverwachsungen ev. Trennungen mit Messer oder Galvanokaustik u. Dilatationsbehandlung. Bei Perforationen Schliessung durch Operation u. Tragen von Obturatoren.

Max Senator.

**Pharynx tuberkulose.** Vorwiegend im mittleren Lebensalter, mehr bei Männern. **Ätiol.:** Meist schwere Lungen- oder

sonstige Tuberkulose, gewöhnlich im Endstadium, sehr selten primär (Fütterungstuberkulose?). **Sympt.:** Miliare, graue, disseminierte, halbdurchscheinende Knötchen, auch mehrere konfluierend zu einem grösseren; baldiger Zerfall in runden, flachen Defekt. Oder ulceröse Form nach zerfallenen Tuberkeln; dann disseminierte oder konfluierende Geschwüre, oberflächlich, lenticulär mit speckigem Grund u. aufschliessenden roten Granulationen, sowie umgebenden kleinen, grauen Knötchen. Ränder rundlich bei kleiner Form oder gezackt bei grösserer. Sitz auf weichem Gaumen, Gaumenbögen und Zäpfchen, demnächst Mandeln (cf. Angina tuberculosa\*), hinterer Rachenwand und Nasenrachen (Rhinoscopia posterior!); schliesslich auch Zungentonsille. Ausbreitung auf Zunge, Lippen, Wangenschleimhaut. Schwellung der Lymphdrüsen im Nacken und am Unterkiefer. Sehr heftiger nach Ohr ausstrahlender Schmerz beim Schlucken, namentlich Leerschlucken, so dass mangelhafte Nahrungsaufnahme mit Inanition. Wegen Schmerz u. mechanischer Behinderung ungenügende Hebung des Gaumensegels, so dass Speisen in Nasenrachen u. Nase gelangen u. Sprache nasal. Eigenartig süsslicher Foetor ex ore. Allgemeine Kachexie, Anämie, Fieber. Husten, Kratzen im Halse, Räuspern, trockner Kitzel. **Komplik.:** Tuberkulose anderer Organe bzw. Weiterschreiten der Tuberkulose auf diese (Meningitis). **Diff.-Diagnose:** Allgemeinuntersuchung, Tuberkelbazillen, Ophthalmo- u. Cutanreaktion, Morosche Salbenreaktion. Knötchen in Form u. Aussehen, desgleichen Ulcera mit ihren Tuberkelknötchen u. zackiger Form, sowie geringer Tiefe an sich sehr charakteristisch. Pharynxsyphilis\* (Ulcera tiefer, weiter ausgedehnt, häufig rund, starke Umgebungsreaktion; bei Tuberkulose nie Narbenverwachsungen, aber auch Mischformen). Herpes pharyngis\* (akuter Verlauf, Gruppenform der Bläschen bzw. nach ihrem Platzen der Ulcera), Lupus\*. **Therapie:** Allgemeinbehandlung. Lokal: Flüssige, oder weiche reizlose Kost (keine saueren, scharf gewürzten Speisen). Streupulver (Rp. 4, 6). Pinselungen mit Mentholöl 10—20%. Bei circumscripter Erkrankung auch Zerstörung der affizierten Stellen durch Galvanokaustik, oder Auskratzen mit scharfem Löffel (nach Cocainaufpinselung oder -Bespritzung 10—20%) u. hinterher Acid. lacticum 20—30%. Ätzungen mit Argentum nitricum oder Chromsäure (beide in Substanz an Sonde angeschmolzen, letztere auch auf Watte in konzentrierter Lösung). Schlechte Heilungsaussichten. Gegen Schluckschmerz (cf. Kehlkopftuberkulose\*) vor den Mahlzeiten Cocainisierung; ferner Eispillen, Schlundsonde. Bei Fieber Antipyretica (Rp. 37). Bei starken Beschwerden Narkotica, vorzugsweise Morphium subcutan u. per os (Rp. 131—136).

Max Senator.

**Phimose.** Verengung der Vorhaut. **Angeborene Ph.** häufig bedingt durch partielle oder totale Verklebungen der Lamina int. praeputii mit der Glans. Hier genügt die Reposition, Lösung der Verklebungen mit der Sonde u. Dehnung. Bei totalen oder partiellen Synechien Dorsalspaltung mit Bildung eines Roser-schen Läppchens. Ist die Vorhaut sehr lang, rüsselförmig vor der Glans hängend, dann liegt Ursache in einem breiten Einschnürungsringe der Lamina int. u. die Circumcision ist ratsam. **Er-worbene Ph.** meist durch infektiöse Geschwüre bedingt, wodurch die Lamina int. so stark infiltriert wird, dass der Präputialring nicht mehr über den Sulc. coron. glandis zurückgeschoben werden kann, zumal wenn schon geringe angeborene Ph. Das ganze Präputium schwillt dann oedematös an u. liegt vor der Eichel wie ein dicker Wulst abgeschnürt da, während aus der Vorhaut-öffnung reichlicher Eiter herausfließt. **Therapie:** Wenn durch Ruhe u. Umschläge mit essigsaurer Tonerde Schwellung nicht zurückgeht, Längsspaltung auf Hohlsonde mit Thermokauter oder Messer, worauf ev. vorhandene seitliche überschüssige Lappen abgeschnitten u. die Wundränder mit dem Thermo-kauter verätzt werden. M. Joseph.

**Phlegmasia alba dolens.** Ältere Bezeichnung für Über-greifen einer Phlegmone des Beckenbindegewebes (Parametritis\*) auf das Bindegewebe des Oberschenkels. Oberschenkel wird dick, oedematös, Schwellung pflanzt sich auf Unter-schenkel fort. Es kann zu Abscedierungen am Oberschenkel dabei kommen. Die Venen können sekundär thrombosieren u. die Schwellung noch vermehren.

Ähnliches Krankheitsbild auch durch eine von Becken-venen her fortgeleitete Thrombophlebitis der Beinvenen. **Ätiol.:** Infektion der Blutbahnen des Uterus bei puerperaler Infektion; Bildung von Thrombosen in den Beckenvenen, Fortleitung derselben auf Oberschenkelvenen. **Sympt.:** In der zweiten Woche post partum plötzliche Temperatursteigerung; Schwellung des Unter- u. Oberschenkels; Haut weiss, oedematös, gespannt, alle Bewegungen sehr schmerzhaft. **Prognose:** Im allgemeinen günstig, aber Gefahr der Lungenembolie. **Therapie:** Absolute Ruhe, Hochlagerung der Extremität, am besten in Volkman-scher Schiene, hydropathische Umschläge, ev. Morphium. In einigen Wochen erfolgt Resorption. Aufstehen sehr vorsichtig, Einwicklungen des Beines noch monatelang mit Flanellbinden.

Fromme.

**Phlegmone.** Eitrige Zellgewebsentzündung. **Ätiol.:** Ein-dringen von Eitererregern, bes. Staphylo- u. Streptokokken, durch kleine Verletzung in die Gewebe. Besonders gefährlich, kleine Läsionen bei Sektionen schwer Infizierter. Je nach

Virulenz der Erreger u. Widerstandskraft der Gewebe entsteht lokalisierter umschriebener Abscess oder centripetal u. nach der Tiefe fortschreitende Eiterung mit Nekrose der Gewebe, oder gar Gasbildung (Ph. putrida). **Sympt.:** Lokal starke Schwellung u. Oedem der Haut, Rötung, Schmerz, hohes Fieber, manchmal Schüttelfrost, stets Lymphadenitis, sehr oft Lymphangitis. Bei günstigem Verlauf circumscripste Ansammlung von Eiter unter der Haut, nach dessen Entleerung alle schweren Allgemeinsymptome zurückgehen u. Heilung eintritt. Progrediente Ph. schreitet nach der Tiefe zu zwischen Muskulatur bis auf Periost u. Knochen rasch vor, centripetal Gelenke durchsetzend, führt zu Vereiterung der Lymphdrüsen, zu Thrombophlebitis\* purulenta und durch Blutvergiftung zum Tod. Im besten Fall schwere Nekrosen der Fascien u. Muskeln mit folgenden schweren Versteifungen u. Contracturen. **Therapie:** Einzig u. allein ausgiebige Spaltung bis in sicher gesundes Gewebe, u. zwar in Narkose und Blutleere, um keinen Herd zu übersehen. Richtige Drainage, damit Eiteransammlung in Nischen u. Taschen unmöglich. Stauung nicht empfehlenswert. Nicht tamponieren! Bei progredienter Ph. kann mitunter noch Amputation vor dem Tode an Allgemeininfektion retten.

**Ph. putrida.** Schwerste Form der Ph. mit jauchiger Zersetzung der Gewebe u. Gasbildung (Luftkissengefühl); entsteht durch Fäulnisbakterien, bes. bei Harninfiltration\*, Kotphlegmonen. Ausgang sehr oft der Tod. Nur selten retten ausgiebigste Incisionen u. Drainage, ev. Amputation die Kranken. Cf. Pyämie. •

Kaposi.

**Phlegmone colli.** **Ätiol.:** Am häufigsten eitriges Lymphadenitis der Halsdrüsen nach eitrigem Prozessen im Mund, wie Angina, Zahncaries, Parulis, Kieferbrüche, Otitis media. Manchmal Eingangspforte nicht mehr zu entdecken. **Sympt.:** Verschieden nach Lage der Drüsen, Virulenz der Kokken, Ausbreitungsweg längs der Bindegewebsräume. 1. Ph. der Submentalgegend nach Vereiterung der Submentaldrüsen. Kinngegend gerötet, geschwollen, bald Erweichung. Incision heilt die Erkrankung rasch. Viel gefährlicher ist 2. Ph. der Submaxillargegend (auch Angina Ludwigii genannt). Wegen starker Fascie der Submaxillardrüse sehr häufig vor Eintritt eitriges Schmelzung starkes Oedem, das auf Pharynx u. Larynx geht, zu Schling- u. Atembeschwerden führt. In der Regel hohes Fieber, heftige Schmerzen. Gefahr der Eiterausbreitung nach den Mundgebilden sehr gross, daher möglichst früh incidieren, auch bevor Fluktuation nachweisbar. Am gefährlichsten ist 3. Ph. längs Scheide der grossen Gefässe, innen vom Kopfnicker wegen ev. Eitersenkung nach Jugulum, Mediastinum u. Durchbruch nach

Pharynx u. Larynx. Stets starke Schwellung u. Schmerzen, Unbeweglichkeit des Kopfes, Kieferklemme, Atem- u. Schluckbeschwerden. Hohes Fieber. **Therapie:** Möglichst frühzeitige Incision (durch Chirurgen), Gegenincision und Drainage.

Kaposi.

**Phlyktaene.** *Ätiol.:* Scrofulose. *Sympt.:* Hochgradige Lichtscheu, Tränenträufeln, starke conjunctivale Injektion. Kleine buckelförmige, auf Druck nicht schmerzhaft, hellrote Erhebungen in der Conjunctiva bulbi, die bald auf der Kuppe eine kleine gelbe Einschmelzung bekommen. Sandkornphlyktaenen multipel u. sehr klein am Limbus. Solitärphlyktaene auf der Conj. bulbi in grösserem Abstände vom Limbus. Randphlyktaene vereinzelt u. grösser am Limbus. Hornhautphlyktaene, ein ganz oberflächliches Hornhautinfiltrat (s. d.). **Komplik.:** Randgeschwüre der Cornea mit Neigung zur Perforation. **Diff.-Diagnose:** Bei Episkleritis geringe Reizerscheinungen, blaurot, druckempfindlich. **Therapie:** Massage mit gelber Augensalbe (Rp. 194), kühle Borwasserumschläge. Lebertran. Salzbäder. Schieck.

**Phobien.** *Ätiol.:* Degeneration, Neurasthenie, Erschöpfung. Häufig ausgelöst durch affektbetonte Erlebnisse. *Sympt.:* Plötzlich u. unmotiviert auftretende depressive, ängstliche, Furcht- oder Erwartungsaffekte, meist ausgelöst oder eingeschlossen an eine Wahrnehmung oder Vorstellung. Danach einzelne Bezeichnungen: Claustrophobie (Angst vor engen Räumen), Agoraphobie (Angst vor weiten Plätzen), Erythrophobie (Besorgnis zu erröten) usw. **Diff.-Diagnose:** Affekt Krisen der Degenerierten oder Neurastheniker meist ohne begleitende Vorstellung. Zwangszustände\* nicht scharf zu trennen. Bei psychischen Tics steht eine automatische Handlung im Vordergrund, Affekt tritt zurück. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens, sonst wie bei Zwangszuständen. L. W. Weber.

**Phosphornekrose.** *Ätiol.:* Einwirkung von Phosphordämpfen bes. bei Zündhölzchenfabrikation, begünstigt durch Caries der Zähne. *Sympt.:* Lieblingssitz Kiefer, aber auch andere Knochen. Beginn mit Zahnfleischentzündung, Periostitis, Eiterung u. Fäulnis im Munde, heftige Schmerzen. Alle Zähne fallen aus, aus allen Alveolen eitert u. jaucht es. Knochen wird nekrotisch, liegt als Sequester in der vom Periost neugebildeten Knochenlade. Durch die Eiterung u. Jauchung Verdauungsbeschwerden, eitrige Katarrhe, Pneumonie, hohes Fieber. Häufig Exitus infolge von eitriger Infektion. **Therapie:** Prophylaktische Behandlung der Zahncaries, Mundpflege, strenges Essverbot, sofortige Entfernung aus den Fabriken bei Ausbruch der Erkrankung. Operativ: Frühzeitige

subperiostale Entfernung des nekrotischen Knochens. Periost bildet oft erstaunlich grosse Stücke vom Kiefer neu. Kaposi.

**Phosphorvergiftung.** Durch Streichhölzer, Rattengift usw.; auch gewerblich. Giftig nur der gelbe Ph., der fettige Degeneration innerer Organe (Leber, Niere usw.), Stoffwechselstörungen usw. hervorruft. In öligen Lösungen Wirkung rascher. **Sympt.:** Bei Aufnahme per os Magenschmerzen, Erbrechen, nach Knoblauch riechender, im Dunkeln leuchtender, ev. blutiger Massen; Durchfälle. Später Lebervergrösserung (fettige Degeneration) u. Ikterus, zuweilen auch akute gelbe Leberatrophie. Haut- u. Schleimhautblutungen, Nephritis, Krämpfe u. Lähmungen, Apathie, Koma, Herzschwäche. Nicht selten Remissionen. Bei Inhalation Phosphornekrose\*. **Therapie:** Brechmittel, bes. Cuprum sulfur. (Rp. 80). Wiederholte Magenspülungen mit Kal. permangan. (hellrosa Lösung) oder  $H_2O_2$  (1—3%). Innerl. Terpentinöl (3stdl. 20—30 Tr. auf Zucker oder in Mixt. gummosa) oder Magnesia usta. Abführmittel (nicht Ricinusöl). Aderlass u. Kochsalzinfusion. Ev. Narkotica. Cave Milch, Fette, Öle.

Guttmann.

**Physostigminvergiftung.** **Sympt.:** Speichelfluss, Erbrechen, Koliken, Tenesmus, Pulsverlangsamung, Krämpfe, Dyspnoe, Atemlähmung. Ev. Abort. **Therapie:** Magenspülung, ev. mit Kal. permangan. oder Tannin (1—2%), Brechmittel. Atropin (Rp. 147). Im übrigen symptomatisch. Guttmann.

**Pikrinsäurevergiftung.** **Sympt.:** Gelbfärbung der Haut u. inneren Organe; Urin bis rotbraun; Xanthopsie. Gastroenteritis, Krämpfe, Delirien. **Therapie:** Wie bei Nitrobenzolvergiftung.

Guttmann.

**Pili monileformes** (Spindelhaare). Die trocknen Kopfhaare zeigen abwechselnd helle Anschwellungen u. dunkle Einschnürungen, an welcher letzteren die Haare abbrechen, wodurch schliesslich frühzeitige Kahlheit mit rauhen winzigen Follikeln entstehen, welche von kurzen Haarstoppeln durchbohrt und mit Epidermishügelchen bedeckt sind. **Therapie:** Machtlos.

M. Joseph.

**Pilocarpinvergiftung.** **Sympt.:** Vermehrte Sekretionen (Speichel, Schweiß, Tränen usw.), Brechdurchfall, Lungenödem, Herz- u. Gefässlähmung, Miosis, Sehstörungen. **Therapie:** Wie bei Physostigminvergiftung.

Guttmann.

**Pilzvergiftung.** Durch Genuss giftiger Pilze, aber auch zersetzter sonst nichtgiftiger (analog der Fleischvergiftung). **Sympt.:** Meist erst nach einigen Stunden auftretend, sehr verschiedenartig. Oft Gastroenteritis, bis zu choleraartigen Erscheinungen. Ferner nervöse Symptome (Schwindel, Ohnmachten, Krämpfe, Sehstörungen usw.). Dyspnoe bis zu Er-

stickungsanfällen, Lungenoedem, akute Herzinsuffizienz. Zuweilen rauschartiger bzw. narkotischer Zustand; aber auch Excitation (Delirien, maniakalische Anfälle usw.). Ev. auch Blutzersetzung (Ikterus, Hämoglobinurie, Urämie, Hautblutungen, Hämaturie). **Therapie:** Magenspülung, ev. mit Kal. permangan. oder Tannin (1—2% unter Zusatz von Natr. bicarbon.). Brech- u. Abführmittel. Als Antidote Atropin (Rp. 147, 1—3 mg), bes. bei muscarinhaltigen Pilzen (Fliegenschwamm usw.); bei drohender Herzlähmung Strychnin (Rp. 152, 1—3 mg). Bei Blutzersetzung Aderlass u. Kochsalzinfusion. Im übrigen symptomatisch. — Prophylaktisch wiederholtes Aufbrühen zum Genuss bestimmter Pilze mit heissem Wasser unter Essigzusatz u. sorgfältiges Abgiessen des Wassers. Guttman.

**Pityriasis rosea** (Gibert). **Ätiol.:** Wahrsch. infektiöse Erkrankung, deren vermuteter Erreger durch lange aufbewahrte Wäsche oder Kleider auf die vorher durch Schwitzen oder Frottieren mazerierte Epidermis übertragen wird. **Sympt.:** Am Rumpfe mit allmählicher Ausbreitung auf benachbarte Teile hirsekorn-grosse, in der Mitte gelbliche, in der Peripherie lachsfarbene Kreise; central normalfarbige oder etwas gerötete Tonsur, peripher minimale Schüppchen auf leicht erhabener Basis. Die zuerst kleinen Kreise vergrössern sich peripher u. werden immer zahlreicher. **Diff.-Diagnose:** Bei Roseola syphilitica keine Schüppchen. **Therapie:** Abschälen der Epidermis durch mehrmaliges Aufpinseln von Naphthol 5,0, Sapon. virid. 95,0 oder Liniment. exsiccans (Pick) cum Ichthyol (5—10%).

M. Joseph.

**Pityriasis rubra universalis** (Hebra). **Sympt.:** Unter leichten Prodromalerscheinungen (allgemeiner Schwäche, Unwohlsein, Fieber) erscheint an Gelenkbeugen oder unteren Extremitäten, von hier allmählich über ganzen Körper auf behaarten Kopf übergehend, fleckweise, matte, allmählich dunkelrote Färbung mit reichlichen kleinen, später grossen Schuppen, die an Rändern abgehoben sind. Unter meist geringem Jucken ist Haut verdickt, trocken, auffallend gespannt, wodurch Gesicht larvenartig aussieht; schliesslich Atrophie der Haut, so dass sie zu enge erscheint u. wie ein Kürass um die Patienten geschlossen liegt. Schwellung der oberflächlich gelegenen Lymphdrüsen mit tuberkulösen Veränderungen. Meist führt allgemeiner Marasmus mit Lungentuberkulose oder Brightscher Nierenerkrankung zum Exitus. **Diff.-Diagnose:** Gegenüber Lichen ruber, Psoriasis, Ekzem charakteristisch die ausgebreitete dunkelrote Färbung ohne Knötchen, Bläschen, Schuppen ohne Nässen. **Therapie:** Innerlich Carbolsäure (Acid. carb. cryst. 2,0, Morph. hydrochl. 0,1, Extr. et pulv. rad. Liquir. q. s. ad



pil. 40, dreimal tgl. 2 Pillen). Äusserl. Borvaseline oder andere indifferente Salben.

M. Joseph.

**Pityriasis versicolor.** *Sympt.:* Auf dem Rumpfe, weniger häufig an den Extremitäten, nur ganz ausnahmsweise im Gesicht, an den Handtellern und dem äusseren Gehörgang entstehen gelbbraune, pfennig- oder markstückgrosse, andere Male unregelmässige Flecken, die zusammenfliessen u. grosse Flächen einnehmen. Nach Abkratzen leichte Abschilferung. Meist keine Beschwerden, höchstens geringes Jucken. Die Ursache ist das leicht nach Abschaben in 10% Kali causticum-Lösung nachzuweisende Mikrosporon furfur. Die Affektion ist weniger ansteckend u. kommt hauptsächlich bei schwitzenden Personen vor. *Therapie:* Mehrmalige Einpinselung mit Jodtinktur oder Rp. Acid. salicyl. 4,0, Alcohol. absolut. ad 100,0 oder Rp. Naphthol. 5,0, Sapon virid. ad 100,0

M. Joseph.

**Placenta praevia.** Placenta ist nicht im Corpus uteri im-plantiert, sondern nahe am inneren Muttermund u. überlagert diesen ganz oder teilweise (P. p. totalis resp. marginalis). *Sympt.:* Blutungen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft oder unter der Geburt. Erstere können sich öfters wiederholen; haben Wehen begonnen, so pflegt Blutung dauernd schwächer oder stärker zu sein. Frau wird mehr u. mehr anämisch, Pulsfrequenz steigt. Bei innerer Untersuchung fühlt man, wenn Muttermund für Finger passierbar, das schwammige Gewebe der Placenta vorliegen. *Diff.-Diagnose:* Neubildungen der Portio u. Cervix, geplatzter Varix, vorzeitige Lösung der Placenta bei normalem Sitz (cf. S. 471). Bei geschlossenem Muttermunde ist für P. p. charakteristisch starke Auflockerung der Portio, teigiges Polster zwischen touchierendem Finger u. vorliegendem Kindsteile. *Therapie:* Strengste Asepsis. Bei Blutungen in der Schwangerschaft strenge Bettruhe, heisse Scheidenirrigationen; nur bei ganz profusen Blutungen interimistische streng aseptische Scheidentamponade mit steriler Gaze oder Kolpeurynter erlaubt. Bei eröffnetem Cervixkanal u. durchgängigem Muttermund genügt bei P. p. lateralis, gute Wehentätigkeit vorausgesetzt, ev. einfache Sprengung der Fruchtblase. Hilft diese nicht, dann kombinierte Wendung; Ausstossung des Kindes soll aber unter Opferung des Lebens des Kindes spontan vor sich gehen, da durch forcierte Extraktion bei der leichten Zerreislichkeit der Cervix tödliche Rissblutungen entstehen können. Oder man legt bei durchgängigem Cervixkanale Metreurynter in den Uterus, dessen spontane Ausstossung man abwartet. Hierbei Prognose für Kind besser, da nach Ausstossung des Metreurynters Muttermund erweitert ist, so dass Kind entweder spontan geboren wird, oder nach Wendung

sofort extrahiert werden kann. Bei P. p. totalis ebenfalls entweder kombinierte Wendung unter Durchbohrung der Placenta, worauf nach Anziehen des herabgeholtten kindlichen Fusses spontane Ausstossung des Kindes abgewartet wird; oder nach Perforation der Placenta Einlegen eines Metreurynters in die Eihöhle. In der Klinik ev. abdominaler oder vaginaler Kaiserschnitt. Bei andauernder Blutung nach Ausstossung des Kindes u. der Nachgeburt, genaue Revision der Cervix, Naht etwaiger Cervixrisse, ev. Tamponade des Uterus u. der Vagina. Fromme.

**Placentarlösung, vorzeitige.** Partielle oder totale Ablösung der Placenta vor Geburt des Kindes stellt schwere Geburts-Komplikation dar. *Ätiol.:* Verzögerter Blasensprung; Nephritis; Traumen; erhebliche plötzlich eintretende Volumensverminderung (bei Hydramnion nach dem Blasensprung, nach Geburt des ersten Kindes bei Zwillingen); mechanischer Zug der zu kurzen Nabelschnur. *Sympt.:* Im Gegensatz zu Placenta praevia meist Erscheinungen innerer Blutungen (zwischen Uteruswand u. Eihäuten): Anämie, die sich aus der äusseren Blutung nicht erklärt, Lufthunger, Volumenzunahme, vermehrte Wandspannung, Druckempfindlichkeit des Uterus. Innere Blutung erreicht vor dem Blasensprung nur bei abnorm schlaffem Uterus bedenklichen Grad. Hochgradige Beschleunigung, später ev. Verschwinden der kindlichen Herztöne. *Therapie:* 1. Bei geringen Graden von Anämie u. ungenügend erweitertem Muttermund Sprengung der Blase, ev. langsame Dilatation. 2. Bei bedrohlicher innerer Blutung sofortige Entbindung: a) bei genügender Weichteilerweiterung Forceps, Wendung, Extrak tion, einfache Extrak tion; bei totem Kind Perforation u. Kranio-klasie. b) bei mangelhaft erweitertem Muttermund u. wenn möglich, spezialistische Behandlung im Krankenhaus (vaginaler Kaiserschnitt, Dilatation nach Bossi, Sectio caesarea); in der Praxis Dauerzug mit zugfesten Ballons, forcierte Extrak tion des Kindes, Muttermundsincisionen; bei verstrichener Cervix Perforation u. Kranioklasie. Nach Entfernung der Placenta Jodoformgazetamponade des Uterus. 3. Bei äusserer Blutung, wenn Blutung durch Verzögerung des Blasensprungs bedingt, Sprengung der Blase; sonst bei stehender Blase Scheidentamponade (sorgfältige Beobachtung!); bei gesprungener Blase Beschleunigung der Geburt. — Anmerkung: In seltenen Fällen wird die Placenta vor Ausstossung des Kinds geboren (Pro-lapsus placentaе). Verlauf auffälligerweise meist ohne bedrohliche Blutung. Kayser.

**Placentarretention.** *Ätiol.:* a) Störungen der Lösung durch zu frühes u. zu starkes Kneten des Uterus; Wehenschwäche, bes. nach sehr schneller oder sehr langdauernder

Geburt; festere Anheftung infolge endometritischer Prozesse, selten; Formanomalien (Myome, abnorme Grösse der Placenta, Sitz im Tubenwinkel). b) Störungen der Austreibung durch Contraction (fälschlich „Striktur“) des inneren Muttermunds (nach operativen Entbindungen, hohen Dosen Secale, unzweckmässigen Expressionsversuchen). *Sympt.*: Bei partieller Lösung der retinierten Placenta mehr oder weniger starke, oft stossweise auftretende äussere Blutung, welche die physiologische Maximalblutung von 600 g weit überschreitet. Uterus schlaff. Bei Verlegung des inneren Muttermunds (durch Blutcoagula, Eihäute) abnorm rasche Vergrösserung des Uterus. Stärkste Anämie, kleiner flatternder Puls, Gähnen, Ohrensausen, Ohnmachtsanfälle ev. Exitus unter den Erscheinungen heftiger motorischer Unruhe, Lufthunger (Signum ominis pessimi); Schweissausbruch. *Therapie*: Prophylaktisch: post partum Secale (Rp. 98), leichtes Reiben des Uterus bis zur Lösung bzw. Geburt der Nachgeburt. Beim Auftreten stärkerer Blutung forcierte frühzeitige Expression (durch beide Hände, nachdem Uterus durch Wehenanregung zu hartem Körper geworden ist) ev. in Narkose (bes. bei fetten Bauchdecken u. ängstlichen Frauen). Wenn erfolglos, manuelle Entfernung (die oft bestehende „Striktur“ des inneren Muttermunds verschwindet in Narkose!), Uterustamponade.

Kayser.

**Plattfuss.** *Ätiol.*: Kongenital (selten), traumatisch (Knöchelbruch), statisch (bei zu langer Belastung durch Ermüdung der Bänder u. Muskeln, wodurch erstere gedehnt werden u. erschlaffen u. die Knochen allmählich deformiert werden; bes. bei Kellnern, Verkäuferinnen usw.); bei Rachitis; nach Muskellähmungen (paralytischer P.); kompensatorisch bei Genu varum. *Patholog. Anat.*: Zu unterscheiden Pes valgus u. Pes planus (eigentlicher Plattfuss oder Flachfuss). Bei Pes valgus Pronationsstellung des Fusses (Drehung nach aussen mit Senkung des inneren Randes), meist auch Abduction des Fusses (zwischen Längsachse des Unterschenkels u. Fusses nach aussen offener Winkel: sog. „Knickfuss“ oder „X-Fuss“, oft allein, als Vorstufe des P.). Bei Pes planus Abplattung des Fussgewölbes, das dann nicht nur, wie normal, auf Ferse, äusserem Fussrande u. Metatarsalköpfchen, sondern mehr weniger auch auf dem inneren Rande bzw. der ganzen Sohle ruht (Fussabdruck!). Meist Mischformen. In ausgeprägten Fällen Form u. Lage der Fussknochen verändert, z. B. Talus nach unten u. innen verschoben, starkes Vorspringen des inneren Knöchels u. der Tuberositas ossis navicularis usw. *Sympt.*: Leichte Ermüdbarkeit bes. nach längerem Stehen, das auch oft sehr heftige u. ziehende Schmerzen in der Ferse u. am Innenrand in Höhe des Talo-navicular-Gelenks ver-

ursacht; zuweilen auch Unter- u. Oberschenkel mitbetroffen. Beim sog. entzündlichen P. Bewegungen gehindert u. äusserst schmerzhaft, namentlich Supination (Pes valgus contractus).

**Diagnose:** Bei ausgebildetem P. leicht: innerer Rand gesenkt, äusserer gehoben, Spitze aussenrotiert; bei Zweifel Abdruck im Stehen nehmen. Sehr wichtig Diagnose im Beginn stellen, also genaueste Untersuchung u. Vergleich mit anderer Seite. Jedenfalls Untersuchung von hinten, weil hierbei Drehung des Calcaneus u. Abknickung der Fussachse deutlich. Immer an Möglichkeit eines P. denken, um Verwechslung mit Gelenkentzündung, rheumatischen Schmerzen usw. zu meiden, zumal hin u. wieder Knöcheloedeme. **Therapie:** Bequemes, gut passendes Schuhwerk; Kräftigung der Muskulatur; ev. Wechsel des Berufs. Einlagen (Metall, Celluloid) nur dann brauchbar, wenn nach Gipsabguss angefertigt und den ganzen Fuss einnehmend; zur Verhinderung des Abweichens nach aussen hier Umbiegen der Einlage nach oben. Beim Pes valgus contractus u. den sehr schmerzhaften Formen erst Ruhe u. Hochlagerung, einige Tage Priessnitz-Umschläge, darauf Korrektur ev. in Narkose, Gipsverband; erst dann Anfertigung des Schuhwerks mit Einlage u. ev. innerer Schiene (Scarpascher Schuh). Beim traumatischen P. ev. Durchmeisselung der difform verheilten Malleolen, oder beim alten, nicht mehr der Korrektur zugänglichen P. Keilosteotomie aus der Gegend des Talo-Navicular-Gelenks.

Leser.

**Plethora.** Als Plethora vera wird bezeichnet eine (klinisch noch nicht sicher nachgewiesene) Vermehrung der Gesamtblutmenge mit Hypertrophie des ganzen Herzens, Erhöhung des Blutdrucks, häufigen Kongestionen. Als Ursache beschuldigt man speziell übermässigen Genuss extraktreichen Biers. Eine Art von Plethora ist die Polycythämia hypertonica, bei der neben Erhöhung des Blutdrucks u. (nicht konstanter) Milzschwellung oft enorme Vermehrung der Bluterithrocyten. Plethora serosa nennt man abnormen Wasserreichtum des Blutes, wie er bei Nephritiden, wohl auch bei Chlorosen vorkommt. **Therapie:** Bei Plethora vera Verbot des Biergenusses, gemüsereiche Diät. Bei Polycythämie Sauerstoffinhalationen, Jodkali (?). Bei Plethora serosa Behandlung der Grundkrankheit.

Beuttenmüller.

**Pleuraempyem.** Eitriges Pleuraexsudat (bes. heftige Entzündung; Eiterbakterien). Selten von Anfang an eitrig (auch bei Pleuratuberkulose [Tb.-Bacillen, Strepto-, Staphylokokken]); meist eitrig werdende Pleuritis serosa\*. Häufig postpneumonisch (bakterienfrei oder Pneumokokken, diese überhaupt am häufigsten), bes. bei Influenza- u. Streptokokken-

pneumonie. Ferner möglich bei allen (septisch-eitrig) infektiösen Prozessen im Körper (hämato-gen u. embolisch oder aus Nachbarschaft (Lungenabscess, -Gangrän, Bronchiektasen, fötide Bronchitis, Knochencaries, Wundinfektion). Jauchig, wenn putride Bakterien. **Sympt.:** Wenn sofort eitrig (akut), schwerere Allgemeinerscheinungen, hohes Fieber, Kräfteverfall. beschleunigter Puls, rasches Ansteigen des Exsudates. Metapneumonisch ebenfalls rasche Entwicklung. Physikalisch wie bei Pleuritis\*, nur Probepunktion entscheidet. Daher öfter Punktieren, bes. in schweren Fällen, wenn Fieber anhält, oder intermittiert, bei Frösten, Schweissen, schlechtem hohen Puls, raschem Kräfteverlust. Spontan nur bei metapneumonischem E. Resorption möglich. — Bei Perforation nach aussen (durch Intercostalraum) Perforationsstellen meist zwischen Axillar- u. Mamillarlinie, Haut oedematös, vorgewölbt (bei Inspiration kleiner werdend u. umgekehrt), rot, glänzend, heiss, Fluktuation (Empyema necessitatis). Wenn nicht völlige Entleerung: Rezidiv bzw. bleibende Thoraxfistel (Entkräftung, ev. Amyloid). Bei Durchbruch in Bronchien Eitermassenexpektoration (Hämato-idin-, Cholesterin-Krystalle), gleichzeitig Rückgang der Dämpfung; wenn Bronchien plötzlich mit Eiter überschwemmt, Erstickungsgefahr. Wenn Eitermenge abnimmt, ev. übler Geruch (Zersetzung in den Bronchien). Pneumothorax möglich. Nach Fistelschluss ev. Rezidiv u. neuer Durchbruch. **Therapie:** Wenn metapneumonisch, nach Aspiration öfter heilend. Sonst Operation (Rippenresektion) Tuberkulose ausgenommen, wo keine Ausheilung (darum meist palliativ: wiederholte Entleerungen). Bülau'sche Heberdrainage umständlich, ohne bessere Resultate. Wenn sich Fistel nicht schliesst, da Lunge nicht mehr ausdehnungsfähig u. Thorax starr ist (Hohlraum bleibt bestehen): plastische Operation. Arneth.

**Chirurgische Therapie:** Bei metapneumonischem Empyem stets unmittelbar vor der Operation durch Probepunktion Eiter feststellen, dann 6—8 cm Rippe subperiostal resezieren, Eiter langsam ablaufen lassen, Drainrohre einlegen. Keine Spülung. Während der Rekonvaleszenz für Entfaltung der Lunge sorgen durch Aufblasenlassen von Luftringen, Gummiblasen usw. oder mit Hilfe der in Kliniken üblichen Aspirationsapparate, Wasserstrahlpumpen oder dgl. Entfaltet sich die Lunge nicht mehr komplett, so muss der zurückbleibende Hohlraum oft durch ausgedehnte thorakoplastische Operationen (nach Schede-Esthlander) zur Deckung gebracht werden. Tuberkulöse Empyeme werden besser nicht operiert, sondern nur wiederholt punktiert. Kaposi.

**Pleuritis.** Trocken (fibrinös), feucht, blutig, eitrig (cf. Pleuraempyem), jauchig. **Ätiol.:** Bakterien (Pneumokokken

vor allem, Strepto-, Staphylokokken usw.), wenn auch oft, bes. in serösem Exsudat, nicht direkt auffindbar (kultureller Nachweis). Bei Erkältungen, nach Trauma; sehr oft scheinbar primär. Initial bei Tuberkulose von kleinen latenten, tuberkulösen Lungenherden oder in Pleura durchgebrochenen bronchialen oder retrobronchialen Lymphdrüsen her. Oft bei Pneumonie (wenn peripherer Sitz immer, mindestens fibrinös), bei entwickelter Tuberkulose (oft hämorrhagisch; wenn Tuberkulose der serösen Häute, miliare Knötchen), bei Lungenabscess u. -Gangrän usw., bei Herzbeutelentzündung, Knochencaries, Carcinombildung. Fortgeleitet von Unterleibserkrankungen (Entzündung, Leberabscesse, Paraneuritis, Perityphlitis usw.). Bei allen Infektionskrankheiten möglich, bes. Gelenkrheumatismus, Sepsis. *Sympt.:* **P. sicca.** Oft kaum nachweisbar (einmalig schwach oder kurze Zeit hörbares Reiben), nur Allgemeinercheinungen (ev. Frost, Fieber, Schmerz beim Atmen, Hustenreiz, Seitenstechen), Reiben oft auch sehr deutlich und stark, bis fühlbar („Lederknarren“, bes. nach Aufsaugen pleuritischer Exsudate, zuweilen sehr lange hörbar), bei Druck (mit Hörrohr) deutlicher, bes. unten vorne u. seitlich. Druck auf Rippen bes. auch in Intercostalräumen schmerzhaft (Bezirk abgrenzen), weswegen auch meist Lage auf gesunder Seite u. Rückbleiben der befallenen Seite bei der Atmung; letztere u. Husten (oft starker Reiz dazu, Seitenstechen) schmerzhaft. Abgeschwächtes, sakkadiertes Atmen. Reiben verschwindet bei Exsudatentwicklung. Teilweise u. flächenhafte Pleura-Verwachsungen oft im Gefolge, (sehr häufiger Sektionsbefund), aber auch Restitutio. **P. exsudativa.** Von ca. 300 ccm ab hinten unten physikalisch nachweisbar (schwache Perkussion); jetzt Lage mehr auf kranker Seite (bessere Atmung), die ausgedehnt ist (Messung; wenn Rechtshänder, normal rechts bis 2 cm weiter) u bei der Atmung nachschleppt; Dyspnoe, steigend bei Exsudatzunahme (bis Orthopnoe); Wachsen der Dämpfung zuerst hinten, dann seitlich, dann vorn (von hinten nach seitlich, dann nach vorne abfallende Dämpfungslinie). Dämpfung (bis stärkstes Resistenzgefühl) nach hinten unten mit Flüssigkeitsdicke intensiver werdend. Öfter in Axillargegend höherstehende Grenzen „Wellenlinie“, auch im Röntgenbild oft deutlich. Dicht neben Wirbelsäule in Lungenhilusgegend auch etwas hellerer Schall (Lunge dorthin retrahiert). Wenn Exsudatbildung bei Aufsein des Kranken erfolgt, auch horizontale Dämpfungsgrenzen; wenn alte Lungenverwachsungen, auch unregelmässig. Bei maximaler Entwicklung absolute Dämpfung über der ganzen Brusthälfte (hinten u. vorne), oder nur vorne über Lungenspitze (komprimierte luftleere Lunge) gedämpft-tympanitischer Schall (William scher Trachealton, Wintrich scher Schallwechsel,

Geräusch des gesprungenen Topfes, auch metallische Phänomene). Wenn Lunge von früher her verwachsen, Retraktion dorthin. Verdrängung des Mediastinums bzw. Herzens perkussorisch, am Spitzenstoss, mit Röntgenstrahlen nachweisbar (bes. wenn nach rechts). Zwerchfell, Leber (bes. wenn rechts), Milz (bes. wenn links, ev. palpabel) nach unten verdrängt. Respiratorische Verschiebung der Lungengrenzen aufgehoben, kein Pektoralfremitus (Grenzenbestimmung mit Schmalseite der Hand), dicht über der Dämpfung meist verstärkt wegen Lungenkompression (Atelektase\*). Atmungsgeräusch abgeschwächt bis völlig aufgehoben, ebenfalls Auskultation der Stimme. Oberhalb der Dämpfung verschärft bis (Kompressions-) Bronchialatmen (meist schwach, aus der Ferne kommend), Bronchophonie, bes. aber Aegophonie, ev. Reibegeräusche. Je grösser das Exsudat, desto später Aufsaugung: wenn bis zur Mitte der Scapula, in ca. 4—6 Wochen. Mit Resorption langsam Rückgang der Erscheinungen. Bei grösseren Ergüssen Schrumpfung (bes. bei Jugendlichen, wo nachgiebiger Thorax) der betr. Brustseite infolge Schwartenbildung u. immer etwas verloren gegangener Ausdehnungsfähigkeit der Lunge. Bei kleineren Exsudaten nur unten seitlich, bei grösseren auch höher hinauf u. vorne (Gruben tiefer, Intercostalräume tiefer u. enger, Umfang kleiner, Leber höher, Schulter tiefer, ev. Skoliose). Bei Schwartenbildung Dämpfung, Abschwächung bis Aufhebung des Stimmfremitus u. Atmungsgeräusches, Zurückbleiben bei der Atmung, keine Verschiebung der Grenzen bei der Atmung, bei Probepunktion Widerstandsgefühl beim Einstechen (kein Exsudat), Röntgenbild, ev. vikariierendes Emphysem auf der anderen Seite. Rückbildung der Schwarten, auch Wiederausdehnung der Seiten spät (nach Jahr u. Tag) noch möglich. Sonst oft zeitlebens Klagen: Atembeschwerden, Stechen bei Anstrengung bes. bei tiefen Inspirationen; Schädigung der Herzkraft u. entsprechende Beschwerden. Selten doppelseitige Pleuritis. Wenn Lokalisation auf Pleura diaphragmatica: ausstrahlende Schmerzen, bes. unter den Rippenbögen (auch neuralgische Druckpunkte), Erbrechen, Singultus; wenn links: Zwerchfellschmerz beim Passieren des Bissens. — Das Pleuraexsudat kann sich auch in einer Interlobärspalte ansammeln (Verlauf der Grenze zwischen Ober- u. Unterlappen [rechts inkl. Mittellappen]: vom 4. Brustwirbel dorn schräg abfallend nach vorne zur mittleren Axillarlinie); wenn Pleuraverwachsung, Abkapslung des Exsudates auch an atypischen Stellen; bei beiden Prozessen ev. Dämpfung usw. entsprechend, Röntgenbefund, Probepunktion. Eitrige, jauchige Pleuritis cf. Pleuraempyem. **Komplik.:** Tuberkulose (sehr oft, meist anschliessend oder später), Perikarditis, Peritonitis,

Meningitis tuberculosa, Miliartuberkulose. Infolge von Schwarten (u. oft gleichzeitig bestehender oder Entwicklung von chronisch interstitieller Pneumonie) ev. Bronchiektasenbildung. Herzinsuffizienz. Plötzlicher Tod durch Gefäßabknickung, akute Herzschwäche. **Diff.-Diagnose:** Intercostalneuralgie\*, Mediastinoperikarditis\*, Hydrothorax\*. Im frisch ausgeschleuderten Sediment bei tuberkulösem Exsudat vorwiegend Lymphocyten, nach ca. 10 ccm Exsudat intraperitoneal in 5—6 Wochen Bauchfelltuberkulose beim Meerschweinchen. Bei Pleuritis durch akute Prozesse (Pneumonie, Gelenkrheumatismus usw.) überwiegend polynukleäre Leukocyten; bei Carcinose gemischtzellig, auch rote Blutzellen, viel Endothelien. Wenn rheumatisch, meist sonstige rheum. Erscheinungen. Probepunktion (keine zu dünne Nadel) in Zweifelfällen entscheidend, ungefährlich; durch starkes (zuweilen Kompressions-) Bronchialatmen nicht davon abhalten lassen, da ev. z. B. bei Empvem lebenswichtig. Lungen- u. Pleurageschwülste\*. **Therapie:** Bett; nicht zu früh aufstehen; leicht Verschlimmerung. Gegen Beschwerden Eisblase, warme Umschläge, Priessnitz, trockne oder blutige Schröpfköpfe, Senf-, Zugpflaster. Rp. 188 ev. Rp. 132, 131. Wenn rheumatische Ätiologie Rp. 37. Exsudat meist nicht vor Stillstand der Entzündung zurückgehend. Diuretica (Rp. 65 ff.), Diaphoretica (Rp. 60 ff.), Laxantia (Rp. 119 ff.), Digitalis (Rp. 47 ff.); weniger Flüssigkeiten, Jod äusserlich (Rp. 188, 189), innerlich (Rp. 27 ff.). Punktion, wenn auch vorne Dämpfung, Atem- u. Herzstörungen, wenn nach 3 bis 4 Wochen keine Resorption (auch kleine Exsudate) bes. wenn fieberfrei, aber auch bei Fieber, damit Lunge ausdehnungsfähig bleibt. Ev. mehrmals. Wenn Schwarten: Jod (s. o.; auch Jodvasogen, Jothionsalbe), Atemgymnastik (auch mit Apparaten), ev. Inhalation komprimierter Luft; Fibrolysin (Rp. 184, 20—30 Ampullen). Kontraindikation: hämorrhagische Beschaffenheit. Nachkur zur Erholung entsprechend der Jahreszeit im Süden oder im Gebirge oder an der See. Arneth.

**Plexuslähmungen.** Kommen fast nur im Bereich der oberen Extremität vor. Wurzel- u. Plexusaffektion nicht stets zu trennen. **Ätiol.:** Fast stets Trauma; Verletzung durch Stoss, Schlag, Fall auf die Schulter, Luxatio humeri, Geschwülste der Fossa supraclavicularis, Aneurysmen der Subclavia, Druck bei Entbindung. Folge stets Neuritis\* zum Plexus gehöriger Nerven. Formen:

a) **Obere Plexuslähmung, kombinierte Schulterarm lähmung** (Erb). Läsion der 5. u. 6. Cervicalwurzel, also konstante Parese des Deltoideus, Biceps, Brachialis int., Supinator long., seltener Infraspinatus, Subscapularis. **Ätiol.:** Gewaltsame Bewegung des erhobenen Armes nach hinten aussen, Zerrung da-



durch (manche Entbindungs- u. Narkosenlähmungen), Tragen von Lasten auf der Schulter, Geschwulstkompression, auch primäre toxische Parese. **Sympt.:** Entsprechend den gelähmten Muskeln: Arm kann nicht abduziert, nicht oder wenig gehoben, im Ellenbogengelenk in keiner Stellung gebeugt werden, hängt also schlaff herab. Atrophische Lähmung mit Ea R; Sensibilität meist ungestört, bisweilen leicht gestört aussen am Oberarm u. Vorderarm. Bisweilen atypische Beteiligung (Klimmzuglähmung). **Prognose:** Quoad sanationem dubia. **Therapie:** Cf. Neuritis. Ev. Sehnentransplantation.

b) **Untere Plexuslähmung** (Klumpke). Seltener als vorige, betrifft die 8. Cervical- u. die 1. Dorsalwurzel. **Ätiol.:** Geschwülste, Operationen, Zerrung, primäre Neuritis. **Sympt.:** Gelähmt sind kleine Handmuskeln u. zwar die Beuger; Sensibilität innen am Ober- und Unterarm (Ulnaris) gestört. Bisweilen Pupillensymptome. Meist Atrophie, Ea R.

c) **Totale Plexuslähmung.** **Ätiol.:** Fast stets traumatisch, bes. durch Luxatio humeri subcoracoidea u. axillaris, bzw. durch Repositionsversuche dabei. **Sympt.:** Bald alle Nerven, bald einige beteiligt (am häufigsten Axillaris, Radialis). Gefühlsstörung meist undeutlich. **Prognose:** Ungünstig. **Therapie:** Cf. Neuritis. — Ähnliche Bilder bei Umschnürung mit Esmarschem Schlauch; bei Druck durch Halsrippen.

d) **Entbindungslähmung.** **Ätiol.:** Sowohl durch Zangengriff am Halse, wie durch Haken und Finger in axilla möglich; Kompression u. Zerrung der Plexusnerven dadurch. **Sympt.:** Typisch betroffen: Deltoideus, Biceps, Brachialis int., Supinator longus et brevis, Infraspinatus. Oberarm innenrotiert mit pronierter Hand. Selten doppelseitig. Selten untere Plexuslähmung. Oft mit Fraktur kompliziert. Nicht immer Ea R; fehlt sie, ist **Prognose** günstig. **Therapie:** Cf. Neuritis. Prophylaxe!

S. Schoenborn.

**Pneumonia fibrinosa.** **Ätiol.:** Diplococcus lanceolatus Fränkel (Pneumococcus) gewöhnlich der Erreger; seltner: Bacillus Friedländer, Bac. mucosus, Strepto- u. Staphylokokken (meist als Mischinfektion). Auch en- u. epidemisch. Bei Typhus-, Influenza-, Diphtheriepneumonien deren Erreger, meist zugleich Pneumo- u. Streptokokken. **Sympt.:** Beginn meist plötzlich mit Schüttelfrost (Fieber u. dessen Symptome), seltner Prodrome (Allgemeinbefindenstörungen), Stechen bei Atmen auf betr. Seite, Husten (Reiz), dyspnoisch werdende, oberflächliche Atmung, Auswurf anfänglich mehr blutig (Blutkörperchen unverändert). 1. Stadium: Atmung auf betr. Seite behindert (Schmerz, Pleuritis); bis tympanitischer Perkussionsschall; bes. wichtig Crepitieren (Cr. indur.), auch nur gewöhnliches Rasseln; Percutalfremitus ev. schon verstärkt. 2. Stadium: Dämpfung

verschieden stark, Resistenzgefühl dabei meist geringer als bei Pleuritis, bei tieferen Herden ev. nur relative Dämpfung, über Oberlappen bis tympanitischer Schall (Williamscher Trachealton). Zeichen der Konsonanz: Bronchialatmen, Bronchophonie (auch Ägophonie), klingendes Rasseln, jedes für sich beweisend; Bronchophonie zuweilen zuerst; bes. auch seitlich u. in Achselhöhle untersuchen, wo oft am frühesten erkennbar (Lappengrenzen). Flüsterstimme hörbar zu auskultieren. Pectoralfremitus abgeschwächt bis aufgehoben (Verf.), nach bisheriger Anschauung nur: wenn Bronchien verstopft oder Thorax sehr gedehnt u. schwingungsunfähig, sonst verstärkt, oder bei Pleuritis; Husten schmerzhaft, sehr schweres Aushusten, da zäher, spärlicher, glasiger, festhaftender (Speiglas umdrehen) Schleim, durch meist veränderten Blutfarbstoff (innig gemischt) erst braun, ziegelrot (*Sp. rubiginosum*) gefärbt, (pathognomonisch, bes. wichtig bei centraler Pneumonie); durch Bilirubin ev. grün (biliöse Pneumonie); ev. kleinere Fibrinausgüsse; Pneumokokken im Ausstrich (andere Bakt. s. o.), rote u. weisse Blutkörperchen; Epithelien. Husten u. Auswurf kann fehlen bei Schwachen, Greisen, Säufern, zunächst bei langsamer Entwicklung, auch ganz. Wird der Auswurf flüssiger, schaumig, pflaumenbrühartig = drohendes Lungenödem (Herzschwäche). 3. Stadium: Vielfach dem I. gleichend; Schall heller bis tympanitisch werdend, Atmungsgeräusch noch rau, verschärft. Crepitatio redux, auch Rasseln (ev. noch klingend, feucht), Pectoralfremitus gleich stark bis verstärkt (Verf.); Sputum reichlicher, citronen-, safrangelb werdend, dann schleimig-eitrig, ev. Spiralen. Fieber: meist Continua, kritischer Abfall (nachts, abends bes. gern) unter Schweiss („warm“), meist am 5.—7. Tage (ungerade Tage bevorzugt), ev. protrahierter (24 Std.), Puls dabei gut bleibend, meist 50—60 Schläge; bei Kollaps Puls schlecht u. kalter klebriger Schweiss; Pseudokrise wenn früherer Abfall, aber Wiederanstieg; Perturbatio critica: kurz vorher bes. hohe Temperaturen u. Delirien; auch lytischer Abfall (bes. schwere u. länger dauernde Fälle (*P. migrans*); auch nach kompletter Krisis häufig etwas Fieber. Wenn unkompliziert, lokal ev. in Tagen schon Resorption (Autolyse) möglich. Puls: wenn weich, klein, unregelmässig, ungleich, vor allem wenn hohe Frequenz (über 130, noch mehr wenn über 140, Kinder ausgenommen), auch wenn rasches Sinken des Blutdruckes, ungünstig für Prognose. — Herpes diagnostisch wichtig, prognostisch günstig (bes. ausgebreiteter). — Röntgen: Schattenausbreitung allmählich, mehr schubweise, bei centraler P. vom Hilus aus; bei Lösung: allmähliche Aufhellung. — Leber, Milz mehr oder weniger vergrössert. Meist stärkere, neutrophile (Aniso-) Leukocytose; ungünstig, wenn (Aniso-) Hypocytose (Pneumokokkensepsis).

Pneumokokken meist im Blut, immer bei schweren Fällen. Febrile Albuminurie bis echte Nephritis. Sedimentum lateritium. — Bei Kindern oft kein Frost; unter 8 Jahren meist Auswurf verschluckt; schwere Nervensymptome, Krämpfe; trotzdem Prognose meist günstig. Bei Sä u f e r n (Delirium tremens meist) gewöhnlich keine subjektiven Beschwerden; die Untersuchung ist dann entscheidend. — Asthenischer schwerer Verlauf („typhöse“ Pneumonie, cave Verwechslung mit Pneumotyphus), entweder von vornherein (Epidemiecharakter; Papageienpneumonie) oder bei Geschwächten, bes. bei Greisen, bei Potatoren, auch mit hämatogenem Ikterus oft verbunden; sehr oft Exitus (Herzschwäche). **Komplik.:** Am häufigsten Pleuritis fibrinosa (immer wenn an Peripherie), exsudativa, metapneumonisches Empyem (trotz Pneumokokkengehalt oft von selbst Resorption); Nephritis (fast immer ausheilend); Endokarditis (selten); Perikarditis; Gastroenteritis acuta (schwere Fälle, bei Potatoren oft); Meningitis (oft nur angedeutet); Ikterus, mechanisch u. durch Blutdissolution (ungünstig); Delirien, bes. vor Krise; Septikopyämie (Pneumokokken-); sehr oft Herzschwäche (ungünstig). **A typischer Verlauf:** Oft verzögerte Lösung (bis wochenlang), ohne Fieber oder mit Fieber (dann Lyse) oder nach Krisis neues Fieber. Pleuritis oft dabei. *P. migrans* (meist schwerer, längere Dauer) = Fortschreiten der Pneumonie (frisches Sputum, neuer Fieberanstieg) nach u. nach in der Umgebung; selten sprungweises Ausbreiten. — Pneumonie mit 1, 2, 3 usw. tägiger Dauer oder abortiv (nicht bis zur Hepatisation, Sputum) verlaufend. Abnorme Ausgänge: in Schrumpfung (*P. interstitialis\**), in Tuberkulose (meist schon vorher), Gangrän oder Abscess (selten). **Diff.-Diagnose:** Bes. Pleuritis\*, Tuberkulose\*, hypostatische Pneumonie\*, hämorrhagischer Infarkt\*, Atelektase\*. Cave anfangs Verwechslung mit Typhus, Meningitis, auch Perityphlitis (bes. wenn Neuralgie der letzten Intercostalnerven), Gastroenteritis\*, Meningitis\* (Kinder), da oft Pneumoniesymptome anfangs zurücktretend. **Therapie:** Serumtherapie noch nicht verlässlich. Gegen Hustenreiz u. Seitenstechen: Eisblase, trockne, ev. blutige Schröpfköpfe (5—10 Blutegel bei Kräftigen), Priessnitz, Einpackungen (bes. bei Kindern), Rp. 132, 131. Wenn Herz gesund, im jugendlichen Alter, in einfachen Fällen: gewöhnlich gute Pflege, flüssige Diät ausreichend. Bei geschwächtem Herzen, Herzkrankheiten, im Alter, bei schweren Pneumonien (mehrere Lappen), bei Potatoren: Erhaltung der Herzkraft Hauptsache. Dann, bes. wenn Pulsfrequenz relativ erhöht, Digitalis, Rp. 47, 48 oder Rp. 54 (mit Coffein), Rp. 49—51, bei akutester Herzschwäche intravenös: Rp. 51, 52, 55, 83. Cf. auch Herzinsuffizienz, akute. Dreistündlich messen, Fieber nur bekämpfen, wenn 39,5° C in

Axilla, mit Stammeinwicklungen (kühles Wasser,  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  h liegen lassen, je höher die Temperatur, desto kürzer), für die Nacht ev. Ersatz durch Phenacetin 0,5, Pyramidon 0,3 (Rp. 37). Wein, wenn gewöhnt; sonst als Excitans. Anfangs hustenlösend, Rp. 92 ev. mit 0,06 Morphinum, später Rp. 89, 90, 95. Kreosotpräparate (cf. Lungentuberkulose) bei manchen beliebt. Wenn Lungenoedem, s. dort. Sauerstoffeinatmungen bei stärkerer Dyspnoe und an sich gut (mehrmals tgl., fortgesetzt). Potatoren Alkohol nicht entziehen, gewohnten Schnaps usw. geben. Im Delirium desgleichen, abends 2,5 Chloral (Rp. 111, 112). Nach Entfieberung noch 8 Tage im Bett bleiben, bes. wenn noch lokaler Befund.

Arneth.

### **Pneumonia interstitialis.** *Ätiol.:* Meist sekundär,

wenn bei Lungeninfiltration, bes. bei Pneumonien (mit Vorliebe bei Geschwächten, Greisen, Potatoren, Kindern [bes. nach Masern, Keuchhusten]) keine Lösung, sondern Organisation des Infiltrates, Bindegewebsbildung mit nachheriger Schrumpfung erfolgt („Karnifikation“). Ferner bei Tuberkulose\* (bes. in den Spitzen), Lungenabscess\*, -Gangrän\*, -Infarkt\*, -Geschwülsten\*, bes. -Syphilis\* usw. Bei chronischen Staubinhalationen mehr primär chronisch, auch hier bes. in den Lungenspitzen (bei Steinhauern, Kohlen-, Eisenarbeitern). Bronchiektasen durch Narbenzug. *Sympt.:* Bei Pneumonie kein Rückgang der physikalischen Symptome, länger Fieber, nach einigen Wochen deutliche Zeichen der Schrumpfung (meist zugleich von Pleuraschwarten her): Eingesunkensein der Brusthälfte (Umfang kleiner), Zurückbleiben bei der Atmung, schmalere u. tiefere Intercostalräume, Schulter tiefer, ev. Skoliosis (bei Jugendlichen leichter), Herz bzw. Mediastinum (Spitzenstoss, Perkussion, Röntgen) nach rechts oder links verschoben je nach Zugrichtung, absolute Herzdämpfung vergrößert. Ausgedehnte Herzpulsation, wenn Lungenränder retrahiert. Leber ev. höher stehend. Rechtsseitige Herzvergrößerung (2. Pulmonalton verstärkt) je nach Grad der Lungen (capillaren) -Verödung. Später ev. Herzinsuffizienz\*. Physikalisch besteht Dämpfung (bei Bronchiektasien\*: gedämpft-tympanitisch), wenn Bronchien verödet, aufgehobenes Atmungsgeräusch; wenn nicht, Bronchialatmen usw. (cf. Pneumonia fibrinosa). Ev. metallische Phänomene. *Diff.-Diagnose:* Cf. Pneumonie, Pleuritis. *Therapie:* Wie bei chron. Pleuritis\*.

Arneth.

### **Pneumonia katarrhalis.** *Ätiol.:* Selten primär (dann

einseitig, Lysis). Fast immer sekundär bei capillärer Bronchitis („Bronchopneumonie“), bei fast allen akuten Krankheiten möglich, bes. den Infektionskrankheiten (Influenza, Typhus) u. bei vielen chronischen. Vor allem bei Kindern

(nach Masern, Keuchhusten, Diphtherie), zumal wenn diese anämisch, skrofulös, schlecht genährt, rachitisch. Infolge Fehlens von kräftigem Husten u. durch Rückenlage: Sekretstauung, dann -aspiration; Gewebsresistenz vermindert, daher leichte Bakterienansiedelung. — Fremdkörperpneumonie (Aspiration). Schluckpneumonie (verschiedene Ursachen). — Meist nur lobuläre, verstreute Herde, daher oft geringer oder kein Befund; mehr, wenn durch Konfluenz streifenförmig längs der Wirbelsäule oder selbst lobär. *Sympt.*: Grenze gegen Bronchitis capillaris\* schwer; bei feuchten mittelblasigen Rasselgeräuschen hinten unten erfahrungsgemäss fast immer anzunehmen. Wenn durch Konfluenz grössere Herde (bis lobär), ev. alle perkusorischen u. auskultatorischen Verhältnisse wie bei Pneumonia fibrinosa\*, sonst nur erhöhtes Resistenzgefühl u. ev. tympanischer Schall. Meist remittierendes Fieber, auch fieberfreie Tage; Fieber kann auch fehlen (Marantische). Lytische Entfieberung. Husten, Auswurf, Brustschmerz (kann auch fehlen). Rückfälle oft, Dauer verschieden lang (bis Wochen, chronisch), bes. bei kleinen Kindern (höhere Mortalität bei unter 1/2 Jahre alten). Beschleunigte Atmung, Husten, hartnäckiges, hektisches oder unregelmässiges Fieber, Schwäche u. Abmagerung machen bei kleinen Kindern die Diagnose wahrscheinlich. Tuberkulose oft im Anschluss (Belastete) oder Weiterentwicklung. *Diff.-Diagnose*: Wie bei Pneum. fibrinosa\*, wenn grössere Herde. *Therapie*: Prophylaxe am wichtigsten (cf. Lungenatelektase). Für feuchte Zimmerluft sorgen (Zimmerspray, feuchte Tücher aufhängen, Wasser verdampfen). Mund- u. Rachenpflege, tgl. öftere Reinigung, bes. bei Schwerkranken u. Benommenen; Vorsicht, dass kein Verschlucken beim Essen und Trinken. Zur Expektoration: Wickel je nach Fiebergrad; kälter (20°) bis wärmer (25°) u. dementsprechend kürzer (1/2—1 St.) oder länger (2—3 St.) liegen lassen; ev. 2—3stdl. Kräftiger wirken lauwarne Bäder mit kühlen Übergiessungen (Brust, Nacken), 2 × tgl.; wenn kein Fieber, auch einfacher Priessnitz. Beruhigende Wirkung der Wickel bei Kindern. Stärkerer Reiz: durch Senfmehlzusatz zum Bad (einige Hände voll) oder zum Wasser für die Wickel (nachher abwaschen oder lauwarms Bad; cf. S. 79). Hautbürsten (Brust). Trockne Schröpfköpfe gegen Seitenstechen, auch heisse Kompressen. Medikamente: Rp. 89, 90, 93, bes. 95. Bei Kindern auch schliesslich Emetica (Rp. 78 ff.).

Arneth.

**Pneumonokoniosen.** Gewerbekrankheiten, durch Staubinhalation. **Steinstaub** (Chalicosis) bes. bei Steinhauern, Stein-, Diamant-, Glasschleifern, Maurern. **Kohlenstaub** (Anthracosis) bes. bei Kohlenarbeitern (Holz-, Steinkohle), Heizern, Schornsteinefern, Graphitarbeitern. **Eisenstaub** (Siderosis)

bes. bei Schleifern, Spiegelpolierern, Feilenhauern, Eisenarbeitern, Schlossern. Vegetabilischer Staub cf. Bronchitis chronica. **Sympt.:** Gewöhnlich chronische Bronchitis\* (auch akute bei Thomasphosphatmehl), mit konsekutivem Lungenemphysem\* (wenn nicht vorher schon), Bronchiektasen\*, Asthma\*, chronisch-interstitieller Pneumonie\* (diffus, Luftgehalt bleibt, darum kein bes. perkutor. Befund). Sehr oft Tuberkulose im Gefolge, bes. bei den spitzen u. harten Staubarten. Anamnese wichtig, ev. mikroskopischer Nachweis des Staubes (als Leukocyten- oder Alveolarepithelieneinschluss noch sehr lang im Auswurf). **Therapie:** Prophylaxe = Gewerbehygiene; Tragen von staubabfangenden Respiratoren, jedoch unbeliebt; wenigstens immer durch Nase atmen. Aufgeben der Beschäftigung. Sonst symptomatisch.

Arneth.

**Pneumomykosen.** Sarcine, Soor, Aspergillus fumigatus, Mucor corymbifer, Streptothrix entwickeln sich zuweilen bei Lungenkrankheiten, bes. bei Lungentuberkulose, putrider Bronchitis, Gangrän, Pneumonie, Bronchitis u. können ev. das Grundleiden verschlimmern. Besondere Symptome machen sie nicht. Ev. im Auswurf nachweisbar. Prophylaktisch sorgfältige Mundpflege, ev. Inhalation mit Curschmannscher Maske.

Arneth.

**Pneumoperikardium.** **Ätiol.:** Bei Verletzung, bei Kommunikation mit Luftwegen oder Magen-Darm infolge Perforation ins Perikard (Cavernen, Carcinome, Ulcus ventriculi, Pleuraemysem, Abscesse); ev. bei Pyoperikard umgekehrt. **Sympt.:** Herzdämpfung verschwunden, dafür Tympanie, bei Stäbchen-Plessimeter-Perkussion auch metallischer Klang. Bei Hydro-, Pyo-Pneumoperikard metallisches Plätschern („Mühlradgeräusch“) durch Herzaktion; metallisch klingende Herztöne. Cave Verwechslung mit Resonanzerscheinungen bei aufgeblähtem Magen. Mit Stellungswechsel wechselnde Dämpfungsgrenze der Flüssigkeit. Herzgegend vorgewölbt, Spitzenstoss mehr bei Vornüberbeugen fühlbar. Leicht Herzinsuffizienz\* (Druck). Probepunktion, ob Sero-, Pyo-, Pneumoperikard. **Therapie:** Einfaches Pneumoperikard von selbst zurückgehend; ev. bei Druck punktieren. Bei Pyoperikard Operation. Sonst symptomatisch (cf. Perikarditis).

Arneth.

**Pneumothorax.** Seltener rein (Luft oder Gas im Pleuraraum); meist Hydro- (Sero-), Hämato-, Pyo-, jauchiger Pneumothorax. Frei oder abgesackt (bei Pleuraverwachsungen). Offen: bei weiter Kommunikation nach aussen (positiver Atmospährendruck). Ventil-P.: bei ventilartiger Öffnung inspiratorisch Einströmen von Luft bis durch Überdruck Ventilschluss, daher stärkste Entfaltung der Brustseite möglich,

Verdrängung der Organe. **Geschlossen:** wenn Öffnung sich geschlossen hat. **Ätiol.:** Bei penetrierenden Brustwunden (Operation), bei Rippenbruch durch die Fragmente, öfter durch Platzen von Emphysemläschen (Husten, Pressen, körperliche Anstrengungen). Meist bei Tuberkulose, auch Lungen-Abscess u. -Gangrän, selten bei Perforation eines Pleuraempyems in die Lunge. Bei Perforation von Magen-, Darm-, Oesophaguscarcinom. **Sympt.:** Meist plötzlich Schmerzgefühl, Atemnot (bis höchste Grade), Cyanose, ev. Kollaps; Erstickung möglich, bes. bei Ventilpneumothorax; nachher langsam Luftresorption (ca. 2 Wochen bei aseptischem P.). Oder zunächst Hydrothorax u. dann dessen Resorption; wenn letzteres nicht, kann selbst jahrelang Hydro-P. bleiben (meist Tod vorher durch Grundleiden). Brustseite erweitert, nicht atmend, Intercostalräume verstrichen bis vorgewölbt, Mediastinum u. Herz in toto verschoben, Zwerchfell mit Leber bzw. Milz nach abwärts gedrängt (Röntgen). Wenn zugleich Flüssigkeit: Succussio Hippocratis (metallisches Plätschern beim Schütteln des Thorax, während Ohr anliegt). Tympanitischer Perkussionsschall (bei Ventil-P. wegen Thoraxspannung nicht tympanitisch), metallisch bei Stäbchen-Plessimeterperkussion. Schallgrenze = Pleuragrenze, daher keine Verschieblichkeit bei der Atmung; bei offenem P. auch Geräusch des gesprungenen Topfes u. Wintrichscher Schallwechsel. Biermerscher Schallwechsel (Schall in aufrechter Körperhaltung tiefer als im Liegen). Dämpfung bei Hydro-, Pyo- usw. P. entsprechend dem Flüssigkeitsspiegel. Flüssigkeit leicht beweglich (Stellungswchsel), jedoch erst wenn reichlicher nachweisbar. Wenn innere Lungenfistel, bei Pyo-P. Expektorat grosser Eitermengen einigemal am Tage (maulvoll). Bei offenem P. amphorisches Atmen (auch Rasselgeräusche metallisch); auch Kompressionsbronchialatmen kann metallisch resonieren. Atmungsgeräusche zuweilen auch fehlend, ebenso Stimmfremitus (auch abgeschwächt) u. Auskultation der Stimme. Manometrisch (Troikart mit Seitenhahn) bei offenem P. Atmosphärendruck, bei geschlossenem u. noch mehr bei Ventil-P. erhöht; bei Aspiration bei offenem P. Druck gleichbleibend, bei den anderen Formen abfallend (bei Ventil-P. später wieder ansteigend). **Diff.-Diagnose:** Bei grossen Cavernen (gewöhnlich im Oberlappen) Intercostalräume eingesunken, meist starker Pectoralfremitus; nur wenn ganz flüssiger Inhalt Succussio. Entwicklung berücksichtigen! Cf. Hernia diaphragmatica, subphrenischer Abscess. **Therapie:** Ruhe; ev. Herzexcitantien (Rp. 47 ff., 83 ff.). Wenn Verdrängungserscheinungen (auch durch ev. Exsudat) gefährlich; Punktionsnadel einstechen, damit Atmosphärendruckausgleich; keine Aspiration. Bei Sero-P. Exsudat entleeren, wenn sehr hochgradig. Bei Pyo-P. Empyem-

operation; ev. auch bei Tuberkulose, wenn nicht verlorener Fall vorliegt oder, da meist nicht schliessende Fistel übrig bleibt, besser öfteres Entleeren durch Aspiration. Arneth.

**Pocken.** Syn. Variola, Blattern. *Ätiol.*: Epidemische, sehr ansteckende Krankheit, verursacht durch ein spezifisches, noch unbekanntes Kontagium. Der „Cytorhyktes vaccinae“ (Guarnieri), ein Protozoon (?), der auch bei Überimpfung von Vaccinelymphi auf die Kaninchencornea dort auftritt, wohl nur Begleiterscheinung. Das sehr resistente Kontagium ist in den Absonderungen u. Exhalationen der Kranken enthalten, haftet auch an Gegenständen, wird durch Inhalation, seltener vom Magendarmkanal u. von Hautwunden aus aufgenommen. Kinder u. Schwangere bes. empfänglich. Einmaliges Überstehen macht immun, dgl. (für einige Jahre) erfolgreiche Kuhpockenimpfung. *Sympt.*: Bei den **echten P.** (Variola vera) beginnt nach Inkubation von 10—14 Tagen das sog. Stadium prodromale s. invasionis plötzlich mit Schüttelfrost u. hohem Fieber (40° u. mehr); Dauer 3 Tage. Dabei sehr heftige Kopf- u. Kreuzschmerzen, Schwindel, Magen-Darmerscheinungen, fleckige Rötung von Gaumen u. Rachen, Milzvergrösserung. Am 2. oder 3. Tage oft charakteristische Prodromal- oder Initialerantheme, masern- oder scharlachartig (ev. schon petechial, s. u.), oft in Form des „Schenkeldreiecks“ (Spitze von den geschlossenen Schenkeln, Basis von einer Querlinie in Nabelhöhe gebildet) oder „Oberarmdreiecks“ (Schulter mit angrenzender Oberarm- u. Brustgegend), aber auch unregelmässig über den ganzen Körper zerstreut; nach 2—3 Tagen ohne Abschuppung verschwindend. Am 4. Tage beginnt das Stadium eruptionis, in dem das eigentliche Pockenexanthem auftritt: Unter raschem Temperaturabfall bis zur Norm oder darunter erscheinen zuerst im Gesicht, dann am ganzen Körper rote, hirsekorn-grosse, etwas erhabene Stippchen oder Knötchen, die sich nach 2 Tagen in Bläschen mit Delle („Pockennabel“) umwandeln. Diese gehen am 8.—9. Tage in Pusteln über, die von einem roten Hof (Halo) umgeben sind (Stad. suppuratio-nis, ca. 8 Tage anhaltend); dabei sehr starke entzündliche Schwellung der Haut, namentlich des Gesichts (Lider, Nase) u. Kopfes. Am 11. oder 12. Krankheitstage trocknen die Pusteln ein (Stad. exsiccationis) u. gehen in Borsten u. Krusten über. Unter remittierendem bzw. lytischem Fieberabfall erfolgt allmählich Abheilung unter Zurückbleiben flach vertiefter, unregelmässiger Narben. Gesamtdauer bis zur vollen Genesung 4—5 Wochen. Das Exanthem befällt auch die Schleimhäute (Mund, Rachen, Nase, Kehlkopf, Conjunctiven, seltener Speiseröhre, Mastdarm, Vagina) u. wandelt sich hier in Geschwüre um; dadurch Speichelfluss, Zungenschwellung,



Schluckbeschwerden, Atmungsbehinderung, ev. Perichondritis laryngea, Glottisoedem usw. — In der Regel auch Albuminurie, Delirien, Sopor, ev. Koma. In sehr schweren Fällen (**Variola confluens**) kommt es zur Verschmelzung der sehr dicht stehenden Pockenpusteln, so dass die Haut auf weiten Strecken unter stärkstem Oedem abgehoben wird; dabei in der Regel schwerste Komplikationen (s. u.). — Eine bes. schwere Form sind auch die hämorrhagischen P. (**Variola pustulosa haemorrhagica**), wo die Pockeneffloreszenzen früher oder später blutigen Inhalt zeigen; stets verbunden mit Blutungen aus Schleimhäuten u. inneren Organen. — Bei der allerschwersten Form, der **Purpura variolosa** („schwarze P.“, „schwarzer Tod“) ist die Haut schon im Initialstadium stark geschwollen, dunkelrot, schliesslich schwärzlich infolge von Blutaustritten; hierbei auch profuse Blutungen aus Schleimhäuten u. allen möglichen inneren Organen, Erstickungsgefühl, Tod nach 4—6 Tagen. — Daneben auch leichtere Formen (**Variolois**), bes. bei Geimpften; hier ist das Prodromalstadium ähnlich wie bei den echten P., dann aber milderer u. kürzerer Verlauf: spärliches Exanthem, keine oder nur ganz geringe Eiterung, kein Eiterungsfieber; auch Schleimhautaffektionen u. Allgemeinstörungen viel milder; keine Narbenbildung. — In den allerleichtesten Fällen (**Variola sine exanthemate**) nur Prodromalerscheinungen (Initialexanthem oft sehr deutlich), während das eigentliche Pockenexanthem ganz ausbleibt. **Komplik.:** Bei den schweren Formen oft Erysipele, Phlegmonen, Lymphadenitis, Lungenerkrankungen aller Art, Glottisoedem (s. o.), Septico-Pyämie, Endokarditis, Nephritis, Meningitis, schwere Augenaaffektionen (Keratitis, Chorioiditis, usw.) oft mit Erblindung, Otitis mit bleibender Schwerhörigkeit, Orchitis, Menorrhagien, Abort usw. **Diff.- Diagnose:** Im Prodromalstadium, bes. bei sporadischen Fällen, sehr schwer, manchmal unmöglich gegen Scharlach, Typhus exanthematicus, Rückfallfieber, centrale Pneumonie, Meningitis. Wichtig Anamnese, Prodromalsymptome (s. o.), namentlich die sehr starken Kreuzschmerzen u. die Initialexantheme; nach Kaposi soll ein von den Kranken ausströmender eigentümlicher süsslicher Geruch charakteristisch sein. Bei Typhus abdominalis kein Beginn mit Schüttelfrost. Bei Masern schon vor dem Exanthem Katarrh der Luftwege u. Conjunctiven, Kopliksche Flecke, am 2. Tage des Prodromalstadiums Temperaturabfall, im Beginn des Eruptionsstadiums erneutes Fieber, während bei den P. im Initialstadium, kontinuierliches ev. sogar steigendes Fieber, bei Ausbruch des typischen Pockenexanthems dagegen kritischer Abfall. Bei Varicellen\* sofort charakteristisches Exanthem, das in Schüben auftritt, in der Regel keine Knötchen, keine Pusteln, mildere Allgemeinerschei-

nungen. Ferner kommen in Betracht Impetigo, pustulöse Syphilide, Exantheme nach Einreibungen mit Crotonöl, Brechweinsteinsalbe usw. (kein Fieber, keine schweren Allgemeinerscheinungen). Bei Rotz\* neben Pusteln auch grössere Infiltrate. Bei hämorrhagischen P. Unterscheidung von Purpura rheumatica bis zum Erscheinen des Pockenexanthems ev. unmöglich. Bei Sepsis remittierendes Fieber mit Schüttelfrösten. **Prognose:** Stets sehr ernst; je dichter das Exanthem, um so schwerer der Verlauf. Mortalität bei Ungeimpften ca. 30 %, bei Geimpften 5—8%. V. confluens und haemorrhagica, bes. Purpura variolosa in der Regel tödlich. **Therapie:** Prophylaktisch Schutzpockenimpfung, bei Beginn einer Epidemie zu wiederholen. Strengste Isolierung der Kranken u. des Pflegepersonals, Desinfektion der Sachen u. Wohnung. Ev. Rotlichtbehandlung (rote Fenster u. Lampenglocken bzw. rotes Seidenpapier davor). Im übrigen nur symptomatisch: Fieberdiät, Eisblase auf den Kopf, lauwarmer Bäder, bei Herzschwäche Excitantien usw. Lokal kühle Kompressen oder indifferente Salben. Bei hämorrhagischen P. Versuch mit Liq. Ferri sesquichlorati (Rp. 103).  
Guttman.

**Poliomyelitis adultorum.** Eine der Kinderlähmung\* analoge Krankheit bei Erwachsenen. Selten. Anlass meist Infektion, Intoxikation (Masern, Puerperium, Erkältung). **Sympt.:** Akuter Beginn mit Fieber, Allgemeinstörungen, Rückenschmerzen; nach einigen Tagen Lähmung, meist auf grösserem Gebiet als bei spinaler Kinderlähmung\* (Diplegie, Tetraplegie häufig mit EaR, Atrophie). Besserungen, aber teilweises Zurückbleiben von Paresen die Regel. Leben fast nie gefährdet; Heilung sehr selten, nach 2—3 Jahren. **Diff.-Diagnose:** Gegen multiple Neuritis\* kaum sicher abgrenzbar u. jedenfalls oft durch sie kompliziert. **Pathol. Anat. und Therapie:** Wie bei Kinderlähmung\*.  
S. Schoenborn.

**Poliomyelitis anterior chronica.** Meist bei Erwachsenen. **Ätiol.:** Unbekannt; Trauma? **Sympt.:** Langsam zunehmende Schwäche einer Extremität (Arm oder Bein beginnend) meist auf andere übergehend, nach einigen Monaten Hemi-, Di- oder Tetraplegie. Schlaffe, bald atrophische, degenerative Lähmung mit EaR., gewöhnlich nur einzelne Muskeln der Extremitäten, scheinbar elektiv, betreffend. Fibrilläres Zittern, keine Sensibilitäts- oder Sphincterenstörung. In einzelnen Fällen Stillstand, selbst Besserung (Heilung wohl nur bei Neuritis?), in andern Fortschreiten bis zum Exitus. **Pathol. Anat.:** Von den Gefässen ausgehende oder in den Ganglienzellen primär entstehende Vorderhornatrophie. **Diff.-Diagnose:** Am schwierigsten (oft unmöglich) gegen Neuritis\*; bei P. ant.

chron. fehlen aber Schmerzen, Nervenschwellung, Ataxie. Auch gegen spinale progressive Muskelatrophie\* schwer abgrenzbar. **Prognose:** Stets zweifelhaft! **Therapie:** Anfangs Diaphorese, später Galvanisation, leichte Massage. S. Schoenborn.

**Pollutionen.** Die physiologische Samenentleerung bei nicht genügender Befriedigung des Geschlechtsbedürfnisses kann durch zu häufiges Auftreten bei Tag u. Nacht pathologisch werden u. dadurch den Allgemeinzustand ungünstig beeinflussen. Die anfangs mit Wollustgefühl einhergehenden krankhaften Erektionen schwächen nicht selten den Organismus körperlich u. psychisch erheblich. **Therapie:** Heroin. hydrochl. 0,01, oder Rp. Lupulin 0,5, Kalii bromat. 0,3, Camph. trit. 0,03 in caps. amyl. S. 1 Kapsel abends. Oder Brom (Rp. 139). Vor allem auch körperliche Bewegung, Sport, Regulierung des Stuhlgangs u. der Diät (reizlose Kost, keine scharfen Gewürze, kein Alkohol, keine zu reichlichen Abendmahlzeiten). Behandlung ev. Neurasthenie. M. Joseph.

**Polyarthrit. rheumatica acuta.** **Ätiol.:** Pyämieartige Infektionskrankheit; Erreger noch unbekannt (abgeschwächte Strepto- oder Staphylokokken? Toxinwirkung?). Eingangspforte der Noxe wohl bes. Tonsillen (vorangegangene Angina!), aber auch andere Haut- u. Schleimhautstellen. Erkältungen u. Durchnässungen, Traumen, Schwächungen des Körpers durch Infektionskrankheiten usw. wirken zweifellos begünstigend. En- u. Epidemien. **Sympt.:** Fieber (atypisch, meist hoch, lytisch abfallend; in leichten Fällen gering, ev. ganz fehlend). Im Beginn Frösteln, ev. Schüttelfröste. Sehr schmerzhaftige Schwellungen der Gelenke, über denen Haut heiss, gerötet, oedematös; öfters Exsudat, selten Vereiterung. Meist mehrere Gelenke gleichzeitig oder nacheinander befallen; Extremitäten bevorzugt, aber auch Stamm nicht verschont. Sehr häufig Nachschübe u. Rezidive. Sehr starke, sauer riechende Schweisse; oft Sudamina, seltener andere Exantheme. Neigung zu Nasenbluten. Auch benachbarte Sehnscheiden (ev. mit Knötchenbildung) u. Schleimbeutel an der Entzündung beteiligt. **Komplik.:** Recht oft Endokarditis, ev. mit folgendem Klappenfehler; etwas seltener Peri- u. Myokarditis. Ferner Pleuritis, Peritonitis, Nephritis, Neuritis, Purpura, Erythema nodosum, Pneumonie, Chorea, Psychosen (Manie, Melancholie usw.). Übergang in die chron. Form (öftere subakute Nachschübe). Selten, bes. bei Säufern, schwere Gehirnerscheinungen („Cerebralarthritismus“), wie Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Krämpfe, motorische Unruhe, Delirien. **Prognose:** Mit Rücksicht auf die häufigen Komplikationen stets ernst. Tod nur ausnahmsweise, bes. bei der cerebralen Form, unter den Er-

scheinungen der Hyperpyrexie. **Diff.-Diagnose:** Gegenüber den sog. „Rheumatoiden“ (symptomatische Gelenkerkrankungen bei Scharlach, Diphtherie u. a. Infektionskrankheiten), bei akutem Gelenkrheumatismus gewöhnlich rascherer Wechsel u. sprungweises Auftreten der Gelenkaffektionen, starke Schweisse, keine Schüttelfröste im weiteren Verlauf, keine Milzschwellung, nur selten Exantheme. Bei Pyämie u. Osteomyelitis ev. Nachweis des primären Eiterherdes. Bei Gelenkneurosen oft andere hysterische u. neurasthenische Stigmata, kein Fieber, keine Contracturen im Schlaf, kein Einfluss antirheumatischer Behandlung. Ferner kommen in Betracht Arthritis gonorrhoeica (meist nur Kniegelenke) u. tuberculosa, Gicht, Hämophilie, Peliosis rheumatica (Hautblutungen), Skorbut, Miliartuberkulose, Arthralgia saturnina (S. 67), Plattfussbeschwerden, bei Affektion der Wirbelgelenke u. Cerebralrheumatismus auch Meningitis\*. **Therapie:** Bettruhe bis 1 Woche nach Verschwinden der Symptome. Fieberdiät, reichliche Flüssigkeitszufuhr (Kohlensäuregetränke, Limonaden). Sorge für Stuhlgang. Medikamentös am besten (aber nicht immer wirksam) Salicylpräparate, die ersten 3 Tage in grossen, später in kleineren Dosen; z. B. Natr. salicyl. (als Pulver in Oblaten, zuerst 4,0–8,0 tgl., dann auf 4,0–2,0 fallend; oder Rp. 38); ferner Aspirin (Acid. acetyl. salicyl.) bzw. Salipyryn (3,0–5,0 tgl. in Tabletten). Bei sehr starken Schmerzen ev. Colchicin (Rp. 39, 40). Ruhigstellung der Gelenke durch Watte-, Flanell-Verbände, Schienen. Zur Lokalbehandlung Rp. 42–46, ferner Jod- u. Ichthyolsalbe. Zweckmässig auch Priessnitz, heisse Bäder u. Kompressen, Heissluft. Biersche Stauung. Aderlass u. folgende Kochsalzinfusion (namentlich bei der cerebralen Form). Später Massage u. Bewegungsübungen, Nachkuren in Thermalbädern (S. 490). Behandlung ev. Komplikationen. Zweckmässig von vorneherein Eisblase aufs Herz. Bei den Rheumatoiden nur lokale, ev. chirurgische Behandlung. Guttman.

**Polyarthrit. rheumatica chronica.** **Atiol.:** Selbständige Krankheit aus unbekanntem konstitutionellen Ursachen; nicht identisch mit der chronischen Form des akuten Gelenkrheumatismus, aus der sie sich aber entwickeln kann. Begünstigend wirken langdauernde Erkältungseinflüsse (Beruf usw.), Überanstrengungen u. Traumen des Bewegungsapparats. Familiäre Disposition. Höheres Alter, Frauen, ärmere Volksschichten bevorzugt. **Pathol. Anatomie:** Verdickung der Gelenkkapsel u. Synovia; Wucherungen der letzteren; ev. auch Erguss. Dann destruierende u. hyperplastische Prozesse an Gelenkknorpeln u. -Bändern, weiterhin auch an den periartikulären Gebilden. Dadurch erhebliche Verbildungen der Gelenke, knollige Auswüchse usw. („Arthritis deformans“\*), Anky-

losen, auch Subluxationen. Mono- oder polyarticular. **Sympt.:** Allmählicher Beginn mit Gelenkschmerzen u. Behinderung der Bewegungen, anfallsweise oder dauernd. Im weiteren Verlauf Verdickungen u. Deformationen der Gelenke (s. o.). Bewegungen oft von Knirschen u. Knacken begleitet, immer mehr schmerzhaft (bes. morgens) u. eingeschränkt, namentlich wenn Contracturen u. Ankylosen, Myalgien u. Neuralgien hinzutreten; schliesslich vollkommene Bewegungs- u. Hilflosigkeit. Sekundär Muskelatrophien. Durch die (auch spontanen u. bei feuchtem Wetter leicht exacerbierenden) Schmerzen u. dadurch bedingte Schlaflosigkeit Depressionszustände; in schweren Fällen Siechtum Im übrigen Sympt. abhängig von Lokalisation; bei Malum senile coxae z. B. Ankylose des Hüftgelenks in Beugstellung. Verlauf sehr chronisch, oft jahrzehntelang. **Prognose:** Quoad vitam günstig, quoad sanationem ungünstig. **Diff.-Diagnose:** Durch Anamnese u. genaue Untersuchung auszuschliessen (meist erst in vorgeschrittenen Stadien möglich): die chron. Form des akuten Gelenkrheumatismus (Infektionskrankheit, entzündliche Prozesse, Beteiligung des Herzens), Arthritis gonorrhoeica u. syphilitica, Gelenktuberkulose, Gicht (manchmal kombiniert), nervöse Arthropathien, Neuritis in der Gelenkumgebung. **Therapie:** Verhütung weiterer Erkältungen (Wohnungs-, Berufswechsel, Kleidung!). Alkohol- u. fleischarme Diät. Körperbewegung. Antirheumatica nur bei akuten Exacerbationen. Versuch mit Jod (Rp. 27 ff.), Arsen (Rp. 21 ff.), Eisen (Rp. 167 ff.), Phosphorlebertran (Rp. 174). Lokal vor allem Wärme, trocken u. feucht, heisse Wasser- u. Breiumschläge, Moor- u. Fangopackungen, Thermophore, Heissluft, Schwitzbäder usw. Ev. Kuren in Thermalbädern, z. B. Gastein, Teplitz, Wiesbaden, Pistyan, Aachen, Baden-Baden, Nauheim, Franzensbad, Tölz (Moorbäder), Köstritz (Sandbäder), Algier, Helouan. Versuch mit ableitenden, resorbierenden, narkotischen Mitteln, z. B. Sinapismen, Jodtinktur, Ichthyosalbe oder -Kollodium (10%), Chloroformöl, Belladonna- u. Hyoscyamussalbe (Rp. 145). Ferner Biersche Stauung, Massage, Heilgymnastik. Neuerdings auch Radium empfohlen. Cf. Ankylosen, Muskelatrophien.

Guttman.

**Portio vaginalis, angeborene Hypertrophie.** Verlängerung der Portio derart, dass bei normalem Stand des Corpus uteri der Muttermund in der Rima steht oder aus ihr heraustritt; selten. **Sympt.:** Gefühl des Offenstehens der Scheide, Kohabitationsbeschwerden. Meist entwickelt sich allmählich eine Retroflexio uteri. **Therapie:** Operative Verkürzung der Portio vaginalis.

Kayser.

**Portio vaginalis, Geschwüre.** **Papilläre Erosion:** Blüht leicht bei Berührung; im Gegensatz zum Carcinom weniger scharfe Abgrenzung u. mitunter verbunden mit Ovulis Nabothi\*; umgibt konzentrisch den Muttermund. **Carcinom:** Scharf abgesetzte Ränder, fast immer nur auf einer Lippe. **Decubitalgeschwüre:** An normal gelagerter Portio nur durch Druck schlecht passender Pessare; an prolabirter Portio flach, am Rand leicht vernarbt, ohne Tendenz zur Blutung; fast stets vereinzelte Epithelinseln im Geschwürsgrund. **Ulcus molle:** Multipel, unterminierte Ränder, weicher Grund. **Syphilitische Primäraffekte:** Papulöses Syphilid, zerfallenes Gummi; wenn andere syphilitische Erscheinungen fehlen, mikroskopische Untersuchung. **Tuberkulöse Geschwüre:** Beim Fehlen deutlicher charakteristischer miliärer Knötchen u. sonstiger Zeichen von Tuberkulose entscheidet Mikroskop. Kayser.

**Proktitis.** Entzündung der Mastdarmschleimhaut.

**Ätiol.:** Reizung der Schleimhaut durch Koprostase, chron. Gebrauch von Abführmitteln usw. Ferner bei Hämorrhoiden, Ascariiden (Kinder), Typhus, Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe u. a. Erkrankungen des Mastdarms. **Pathol. Anat.:** Schwellung u. Rötung der Schleimhaut ev. mit Bildung umschriebener weisslicher Auflagerungen, die bald geschwürig werden. Ev. Fortschreiten der Entzündung nach oben (Colon), Perforation der Geschwüre (cf. Periproktitis), Kotabscess. Später ev. Sklerosierung der Wandung mit Unbeweglichkeit u. Stenosenbildung, narbig bzw. callös. **Sympt.:** Bei akuter P. Fieber, Schmerz im Mastdarm u. am Damm, Tenesmus alvi, bald starke schleimige, ev. auch blutig-eitrigte Sekretion; Rectoskopie zeigt Schwellung, Rötung, ev. Geschwürsbildung. Bei chronischer P., die aus der akuten entstehen oder primär auftreten kann, ähnliche aber mildere Symptome; insbesondere auch reichliche Schleimabsonderung. **Therapie:** Möglichst causale Behandlung (Hämorrhoiden, Fremdkörper, Koprostase usw.), strenge Diät (cf. Enteritis). Jedesmal nach möglichst weichem Stuhl (Ricinusöl) Spülung mit warmem Wasser, oder dünnen, antiseptischen bzw. adstringierenden Lösungen, z. B. Kal. permangan. (hellrosa), 3% Borsäure, ½% Tannin usw. Bei Ulcerationen, wenn möglich Kauterisation unter Leitung des Rectoskops. Cf. Gonorrhoea recti, Mastdarmstrikturen, Tenesmus alvi.

Leser.

**Prostatahypertrophie.** Vergrößerung eines Teils der Prostata oder der ganzen Drüse; dabei Muskel- u. Drüsengewebe allein oder gemischt betroffen. Alterserkrankung. — **Ätiol.:** Frühere gonorrhoeische Prozesse der Harnröhre; vielleicht auch Arteriosklerose. In manchen Fällen unklar. **Sympt.:**

Erschwerung der Harnentleerung. Urin wird ohne Kraft in dünnem Strahl entleert, daher längere Dauer der Entleerung. Öfters Blutbeimengung aus den durch den abnormen Druck erweiterten venösen Gefäße (Blasenhämorrhoiden). Plötzliche Retention des Urins, nachdem derselbe meist schon lange Zeit niemals vollständig entleert wurde. Dieser „Residualharn“ führt früher oder später zu einer Dilatation der Blase; gleichzeitig hypertrophiert Blasenmuskulatur infolge ihrer vermehrten Arbeit (Balkenblase). Die allmählich eintretende Insuffizienz des Detrusor vesicae vermehrt diese Symptome u. endlich tritt bei Lähmung auch des Sphincter Ischuria paradoxa auf. (cf. S. 64.) Blasenkatarrh, wohl nur nach unsauberem Katheterisieren, steigert alle Beschwerden u. verursacht ascendierend ev. Ureteritis u. Pyelitis. **Diagnose:** Aus den beschriebenen Symptomen. Ferner durch rectale Palpation (Knieellenbogenlage), Katheterisieren, ev. auch Cystoskopie. **Prognose:** Anceps, wesentlich von Art der Behandlung abhängig; sehr ungünstig Hinzukommen von Cystitis. **Therapie:** Vermeidung aller Exzesse; Regelung des Stuhls, lauwarme Bäder. Bei höheren Graden (Harnverhaltung) systematisches, unbedingt aseptisches Katheterisieren; oft erschwert infolge der abnormen Krümmung der Pars prostatica urethrae; dann Versuch mit Mercierschen Katheter, cf. auch Dysurie, Tenesmus vesicae. Bei zunehmenden Beschwerden Prostataektomie, am besten suprapubisch (hoher Blasenschnitt), aber auch vom Damm aus möglich (Querschnitt von einem Tuberculum ischii zum anderen, Hinaufgehen zwischen Mastdarm u. Harnröhre). Veraltet die früher viel geübte Bottinische Kauterisation, dgl. Kastration u. Exstirpation bzw. Ligatur der Vasa deferentia.

Leser.

**Prostatitis acuta.** **Ätiol.:** Gewöhnlich fortgeleitete Entzündung der Harnröhre (Gonorrhoe, Striktur); ferner traumatisch, bes. bei ungeschicktem Katheterismus; endlich selten metastatisch. — **Sympt.:** Plötzlicher Schmerz in Dammgegend unter Fieber, Urinentleerungsstörungen bis Retention, Tenesmus. Vergrößerung der Drüse palpierbar; diese geht entweder nach kurzer Zeit gleichzeitig mit den Beschwerden zurück oder es bilden sich Abscesse, die leicht nach Urethra, Mastdarm, Damm perforieren, (ev. unter Fistelbildung). **Prognose:** Anceps; wenn nicht schnell alle Symptome verschwinden, dann Gefahr des Übergangs in chronische Prostatitis. — **Therapie:** Aussetzen jeder urethralen Behandlung bei Gonorrhoe. Bettruhe, Eisblase am Damm, Mastdarmkühlung (Arzberger usw.); auch heisse Sitzbäder, Stuhlregulierung (weicher Stuhl). Bei starken Schmerzen narkotische Suppositorien (Rp. 2, 10, 146). Bei Retentio urinae Katheterismus. Bei Abscessen möglichst frühe

Spaltung derselben u. Sorge für ungestörtes Abfließen des Eiters. Leser.

**Prostatitis chronica.** *Ätiol.:* Akute Prostatitis, chronische Gonorrhoe, Strikturen. *Sympt.:* Manchmal keine oder nur geringe, zeitweise auftretende Störungen. In anderen Fällen stetiger Druck u. leichtes Schmerzgefühl am Damm. Häufig Prostatorrhoe\*. Meist fühlbare Vergrößerung der Drüse, die gleichzeitig druckschmerzhaft ist, mit ihren Folgen (cf. Prostat hypertrophie), Beeinflussung des Gemüts; Kranker wird arbeitsunlustig, melancholisch usw. (cf. Neurasthenia sexualis). *Diff.-Diagnose:* Bei Samenfluss Nachweis von Spermatozoen entscheidend, die bei Prostatitis fehlen. *Therapie:* Beseitigung des ursächlichen Leidens (s. o.), Prostatamassage (2—3 × wöchentlich 3—5 Minuten). Adstringierende Einspritzungen, (cf. Gonorrhoea chronica), heisse oder kalte Mastdarmspülungen. — Wenn ohne jeden Erfolg, dann Verdacht auf Tuberkulose naheliegend.

**P. tuberculosa.** Selten primär, gewöhnlich fortgeleitet von Nieren-, Blasen- u. a. Tuberkulose. *Sympt.:* Analog wie bei P. chronica. Im weiteren Verlauf Abscesse, Fisteln; manchmal Tuberkelbacillen im Sekret. *Prognose:* Ungünstig. *Therapie:* Wenn nicht operative Spaltung, Excochleation der kranken Drüse bald zur Ausheilung führt, dann Exstirpation der Drüse. Leser.

**Prostatarrhoe.** Im Anschluss an chron. Prostatitis zuweilen nach dem Stuhlgang oder der Urinentleerung tropfenweiser oder starker Abfluss von Prostatasekret aus der Harnröhre. Dieser manchmal irrtümlich für Samen gehaltene Ausfluss enthält zahlreiche Amyloide, typische Cylinderzellen, Eiterzellen u. Böttchersche Prostatakristalle. *Therapie:* Neben Sorge für leichten Stuhl Winternitzsche Kühlsonde; vor allem Beseitigung der chron. Prostatitis (s. d.). M. Joseph.

**Prurigo.** *Sympt.:* Beginn in frühester Kindheit mit lange dauernden unregelmässig über den Körper zerstreuten Urticaria-Eruptionen, bis sich etwa im 3. Lebensjahre, selten später, epidermidale stark juckende Knötchen an den Streckseiten der Extremitäten (untere bevorzugt) zeigen. Beim Herüberfahren über diese stecknadelkopf- bis hirsekorngrossen, blassen oder etwas geröteten derben Knötchen Gefühl, als ob man über ein Reibeisen fährt. Sekundär Ekzeme mit Excoriationen, Blutaustritte usw., die nach ihrem Abheilen Pigmentationen u. Verdickungen der Haut hinterlassen. Gleichzeitig starke Drüsen-schwellungen, bes. der Inguinaldrüsen (*Prurigo bubone*). Verlauf milde (*Pr. mitis*), indem nach mehreren Jahren Heilung eintritt, oder schwer (*Pr. ferox.*), indem die Erkrankung



jahrzehntelang dauert, wobei gewöhnlich im Winter Exacerbationen, ja zuweilen unheilbar ist. Häufig erkranken solche Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft tuberkulös waren, mitunter auch kräftige Individuen, nicht nur aus niederen Ständen, betroffen. Die Form des über viele Körperstellen verbreiteten Lichen chron. simplex, welche oft jahrelang in zerstreuten Schüben (disseminierte Neurodermitiden) dauert u. in der Kindheit zuweilen beginnt, hat Besnier als *P. diathésique* bezeichnet. Bei dem nur in der Schwangerschaft oder im Wochenbett auftretenden *P. gestationis* (Syn. Herpes s. Hydroa g.) erscheinen herpesartig angeordnete Bläschen, Knötchen u. grosse Blasen mit einem ungemein verschiedenartigen Bilde, da eine frische Eruption vor Ablauf der vorangegangenen sich zu entwickeln pflegt, also neben neuen Efflorescenzen Krusten u. Pigmentflecke vorkommen. Ablauf günstig, häufig spontan.

**Therapie:** Aufnahme in ein Krankenhaus oder Luftveränderung, gute Pflege. Innerlich Rp. Antipyrin 15,0, Sir. simpl. 25,0. S. abends 1 Teelöffel. Äusserlich Schwefelbäder (Kalium sulfurat. 50,0 bis 100,0 als Zusatz zum Bade). Einfetten mit Naphtholsalbe (1—6%) 2 × tgl. Aufpinseln von: 2% Aspirinspiritus; ferner Rp. Ol. camphorat. 10,0, Chloralhydrat. 1,0, Lanolin. 90,0; oder Rp. Ol. camphorat., Aq. Calcis, Cretae  $\mathfrak{a}$  25,0; ferner Rp. Liq. carbon. deterg. angl. (oder Tumenol.-Ammonii oder Euguformi solution.) 10,0, Zinci oxyd., Amyli  $\mathfrak{a}$  20,0 Glycerini 30,0, Aq. dest. ad 100,0.

M. Joseph.

**Pruritus.** Chronische Hautneurose, bei der auf der Haut keine Ursache für das oft sehr starke Jucken zu finden ist. Beim *P. universalis* haben die Patienten weder Tag noch Nacht Ruhe, das Allgemeinbefinden ist hierdurch u. die sekundären Excoriationen, Quaddeln und ekzematöse Eruptionen gestört. Häufig werden Greise infolge der mangelhaften Fettabsonderung hiervon betroffen (*P. senilis*), andere Male erscheint die Krankheit nur im Winter, abhängig von atmosphärischen Einflüssen (*P. hie malis*), oft bei Melancholie, Manie, Epilepsie u. Tabes, bei Ikterus, Diabetes, Basedow u. nach Tabakgenuss. Der lokale Pruritus ist häufig an den Geschlechtsteilen (s. u.) und am Anus (*P. ani*) ein schweres Leiden. **Therapie:** Innerlich Atropin (tgl. 1—3 Pillen à 0,5 mg), Tinct. Gelsemii sempervir. (10—15 Tr. 2 stdl.), anorganische Säuren (Sol. acid. sulfur. 5,0:200,0 2 stdl. 1 Essl., oder Salzsäure). Äusserlich 5—10% Mentholsalbe, Auftupfen von 10% Formalinöl, 4% Carbol- oder 1% Sublimatspiritus, 20% Bromocollsalbe, 10% Teer-, Tumenol- oder Euguform-Schüttelmixtur (cf. Prurigo), Benzoetinktur oder mitunter mit überraschendem Erfolge Röntgenbehandlung, ev. mit Hochfrequenzströmen verbunden.

M. Joseph.

**P. vulvae.** *Ätiol.:* Vulvitis, Kraurosis, Diabetes; bei jungen Mädchen häufig Masturbation; bei älteren Frauen oft Gefäßektasien, kleine Hautwärtchen, deren Berührung Juckgefühl hervorruft. Auch P. auf rein nervöser Basis. *Therapie:* Beseitigung der Ursachen. Operative Beseitigung der Hautwärtchen u. Gefäßektasien. Ausschneiden der Stellen, an denen das Juckgefühl am stärksten besteht (unteres Ende der Harnröhre!). Bei nervösem Pruritus Kälte in Gestalt einer vorgelegten Eisblase. Ätzungen mit 5% Carbolsäurelösungen, mit 4% Formalinlösungen. Gerührt weiter Mesotan (20 : 100 Oleum olivarum). In sehr starken Fällen Morphinum, Bromkali, Bromural usw. Kokainsalben 1 : 10 wirken gewöhnlich nur vorübergehend. Cf. Pruritus. Fromme.

**Pseudarthrosen.** Ausbleiben der knöchernen Vereinigung nach Knochenbruch infolge fehlender oder mangelhafter Callusbildung. *Ätiol.:* Allgemeine Ursachen: fieberhafte Erkrankung (Typhus usw.), schlechter Ernährungszustand, centrale Prozesse, ferner Rachitis, Osteomalacie. *Spezielle Ursachen:* schlechte Reposition der Fragmente (Reiten derselben), schlechte Retention des Bruches, Zwischenlagerung von Weichteilen, Blutergüsse, starke Zerreißung von Periost u. Mark, endlich Vereiterung des Bruches. *Sympt.:* An Stelle des Bruches Beweglichkeit, entweder weil Weichteile dazwischen liegen oder nur bindegewebige Vereinigung der Fragmente besteht; selten echtes Gelenk zwischen den Fragmenten mit Synovia, Abschleifung der Bruchenden u. Kapselbildung (= Nearthrose). Störung je nach Aufgabe des Knochens verschieden, z. B. bei Rippen ohne Belang, an den Extremitätenknochen Unbrauchbarkeit. *Therapie:* Bei frühzeitig festgestellter, mangelhafter Callusbildung Anregung derselben durch wiederholtes Aneinanderreiben der Bruchenden; gleichzeitig gute Reposition, örtliche Hyperämie; Reizung durch Bepinseln mit Jodtinktur, Einspritzen von Alkohol usw. Später bei ausgebildeter Pseudarthrose: Operative Freilegung des Bruches, sorgsame Entfernung aller hinderlichen Weichteile, Anfrischung der Weichteile, Anfrischung der Bruchstücke, Naht oder Nagelung. Bei entstandenem Defekt Zwischenlagern eines entsprechenden Knochenstücks mit Periostbekleidung oder von Hautperiostknochenlappen. In verzweifelten Fällen Schienenhülsenapparat nach Helsing. Leser.

**Pseudobulbärparalyse.** Als Ps. bezeichnet man jede supranucleäre Bulbärlähmung, d. h. jede Zungen-Lippen-Schlundlähmung oberhalb der Kerne der beteiligten Nerven (Facialis, Hypoglossus, Trigeminus III, Vago-Accessorius), also durch multiple Herde in beiden Hemisphären mit Freibleiben

von Pons u. Medulla entstehend. Letzteres freilich meist nicht exakt zutreffend. Gewöhnlich Kombination mit Pons- usw. Herden. **Pathol. Anat.:** Meist Arteriosklerose, auchluetische mit Thrombosen, Erweichungen usw. bes. in innerer Kapsel u. Centralganglien. **Sympt.:** Meist allmähliche Entstehung von Lähmung der Lippen-, Gaumen-, Zungen-, Schling- u. Kau-muskeln, seltener auch Kehlkopfmuskeln, für willkürlichen Reiz, während der unwillkürliche noch Bewegung hervorrufen kann. Lallen oder Stottern, Aphasie, articulatorische Sprachstörung\*. Dabei meist energische, wenn auch abnorme Muskel-tätigkeit im Gesicht, explosives Zwangslachen u. Weinen; bis- weilen Dyspnoe, Augenmuskelschwäche, Hemiparese auf einer Körperseite. Meist Demenz, Apathie oder Erregungszustände. Keine Atrophie, keine Ea R. Dadurch **Diff.-Diagnose** leicht, auch gegen Bulbärparalyse. **Prognose:** Schlecht.

Als **myasthenische Paralyse** oder **Bulbärparalyse ohne ana-tomischen Befund** bezeichnet man ein seltenes Muskelleiden, das in abnormer Ermüdbarkeit hauptsächlich der bulbär versorgten Muskelgruppen besteht. **Ätiol.:** Unklar. Kongenitale Anlage? Am wahrscheinlichsten Vergiftungsbild durch Störung von Korrelationen der Drüsen mit innerer Sekretion (Parathyreo-ideae?). **Sympt.:** Schwäche von Lippen, Zunge, Schlundmuskeln, Kaumuskeln, äusseren Augenmuskeln (Ptosis!), Nackenmuskeln, meist auch der Körpermuskeln. Nach völliger Ruhe meist leid-liche Kraft, die aber rasch nachlässt; abends stets grösste Schwäche: Unmöglichkeit zu schlucken, verständlich zu sprechen, die Lider zu heben, den vornübersinkenden Kopf aufrecht zu halten. Öfters auch Geh- u. Atmungsbeschwerden. Dabei keine Atrophie, keine EaR., dagegen oft myasthenische Reaktion: nach häufig wiederholten elektrischen Reizen allmähliches Verschwinden jeder Contraction im gereizten Muskel. **Prognose:** Stets ernst, häufig Exitus; doch Heilung möglich, auch spontan. **Thera-pie:** Völligste Ruhe u. Schonung. Ernährung mit flüssiger Kost in grossen Pausen. Ev. milde Hydrotherapie u. Galvani-sation der Medulla stabil mit ganz schwachen Strömen.

S. Schoenborn.

**Pseudoleukämie.** Klinischer Befund u. Verlauf wie bei Leukämie\*, aber kein leukämischer Blutbefund. Ausbildung einer Anämie, Kachexie; oft hämorrhagische Diathese. Dauer meist viel länger als bei Leukämie.

a) **Lymphatische P.** (Hodgkins disease, malignes Lymphom, Adenie). Bes. bei jungen Männern. Meist Drüsen am Halse befallen, hart oder weich geschwollen, einzeln scharf trennbar. Milz wenig befallen. **Diff.-Diagnose:** Bei Drüsentuber- kulose hereditäre Belastung, sonstige tuberkulöse Erkrankung, Auftreten in jungen Jahren, Erweichung, Fisteln, ev. Tuber-

kulinreaktion, Mikroskopie excidierter Drüsen. Bei P. Drüsen nach Operation sich wieder bildend. Remissionen, dazwischen Fieberperioden („Rückfallfieber“), ev. Blutbefund (s. u.). Beim Lymphosarkom (Kundrat) destruierendes (durch Drüsenkapsel), infiltrierendes Wachstum. Von Zunge, Tonsille, Nasenrachenraum, bes. den mediastinalen Drüsen ausgehend. Blutbefund infolge Komplikationen meist nicht typisch. Chlorom: vom Knochen, meist Schläfenbein (Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen), Augenhöhlenknochen ausgehend, grünliche Färbung, aus lymphadenoidem (Chlorolymphosarkom) oder myeloidem (Chloromyelosarkom) Gewebe bestehend; malignes Wachstum, Blut anfangs ev. unverändert, meist leukämisches Blutbild (entsprechend wie bei lymphatischer oder myeloider Leukämie). Syphilom: Anamnese, sonstige luetische Veränderungen, Wassermann, Jodtherapie..

b) **Lienale P.** Hier Milz überwiegend hyperplastisch (bis Riesengrösse), Lymphdrüsen wenig. **Diff.-Diagnose:** Bei Anaemia splenica (nur Milz befallen) bes. Anämieentwicklung, Leukocytose (Myelocyten) (cf. auch Anaemia pseudoleukaemica infantum S. 20). Bantische Krankheit\*, Malariamilztumor (Anamnese), isolierte Miliartuberkulose der Milz, chron. Milztumor nach Infektionskrankheiten. Blutbefund bei a) u. b) gleich: Hb u. Erythrocytenzahl gleichmässig vermindert, gewöhnlich relative Lymphocytenvermehrung. Durch Komplikationen ev. ganz veränderter Befund. Terminal Übergang in echte Leukämie beobachtet. — Toxischer Eiweisszerfall; Harnsäure-, Xanthinbasenausscheidung sehr vermehrt.

c) **Myelogene P.** Klinisch noch nicht schärfer umgrenzt. Hauptsächlich Knochenmark befallen, diffus oder circumscrip (Myelome aus Erythroblasten, Myelocyten, Plasmazellen, Lymphocyten u. gemischt). Das multiple Myelom besteht aus Lymphocyten. Oft enorme Ausbreitung im Mark. Zunächst tief sitzende, dumpfe Schmerzen, später Druckempfindlichkeit der Knochen (Rippen, Wirbelsäule), Knochenaufreibungen, Spontanfrakturen (Osteomalacie), Albumosurie. Meist mässige Anämie, Leukocytenbefund nicht charakteristisch.

**Therapie:** Röntgenbestrahlung, Jod, Arsen (Rp. 21 ff.), Eisenarsen usw. Cf. Leukämie. Arneth.

**Psoriasis. Sympt.:** Oft nur stecknadelkopfgrosse, mitunter aber auch grössere scheibenförmige dunkelrote Flecke oder Knötchen, die sich bald mit einem silberweissen, nach langem Bestande mehrfach geschichteten Schüppchen bedecken, nach deren Abkratzen sich aus jedem der hyperämischen Gefässe des Papillarkörpers ein kleiner Blutstropfen entleert (Nagelprobe). Die zuerst punkt- oder tropfenförmigen Flecke

(*P. punctata* oder *guttata*) vereinigen sich zu grösseren Scheiben (*P. nummularis*), breiten sich kreisförmig aus (*P. annularis*), machen den Eindruck einer landkartenähnlichen Verteilung (*P. figurata* u. *geographica*), um schliesslich universell zu werden, so dass die Haut vom Scheitel bis zur Sohle gleichmässig rot, gespannt u. mit blätterteigartigen Schuppen bedeckt ist (*exfoliative Erythrodermie\**). Sehr selten durch Steigerung des entzündlichen Prozesses Krusten- oder Borkenauflagerung (*P. rupioides* s. *ostracea*). Die *P. vulgaris* lokalisiert sich an jeder Körperstelle, mit Vorliebe aber an den Streckseiten der Ellbogen- u. Kniegelenke, ausnahmsweise an der Mundschleimhaut in Form von scharf begrenzten, bläulichweissen wie gestichelten Efflorescenzen mit poröser Oberfläche und an der *Lamina int. praepatii* mit roten, wie trocken gefirnisserten, scharf abgegrenzten, fast schuppenlosen Flecken. Jucken besteht selten. Ursache unbekannt; häufig hereditäre Einflüsse; nach zufälligen äusseren Reizen wird dann die bis dahin latente *P.* manifest. **Therapie:** Die einzelnen Symptome verhältnismässig leicht zu beseitigen, Rezidive aber nicht zu verhüten. Bestes Heilmittel Chrysarobin (Rp. 207) oder Dreuwsche Salbe (Rp. 199). Für *P.* am Kopfe nach Entfernung der Schuppen mit alkalischem Seifenspiritus Rp. Pyrogallol 5,0, Spirit. q. s. ad 50,0 oder weisse Präcipitatsalbe oder Röntgenbehandlung. Innerlich Arsen (Rp. 21 ff.). Bäder: Schlangenbad oder Leuck. M. Joseph.

**Puerperalfieber** (*Endometritis septica*, *Pyæmia puerperalis*, *Sepsis puerperalis*, *Peritonitis puerperalis diffusa*). **Ätiol.:** Infektion von aussen, d. h. durch Einbringen virulenter Keime mit dem untersuchenden Finger, durch nicht genügend desinfizierte Instrumente u. Verbandstoffe, durch Coitus kurz vor der Geburt usw. Andere Infektionsmöglichkeiten seltener. Infizierender Keim ist meist *Streptococcus haemolyticus*; seltener *Staphylokokken*, *Bacterium coli*, *Pyocyaneus*, *Anaerobier*, *Diphtherie-* oder *Tetanusbacillus* usw. **Sympt.:** 1—3 Tage nach der Geburt hohes Fieber (39—40°) u. Pulssteigerung (120 bis 140) ev. mit initialem Schüttelfrost. Stärkeres Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, allgemeine Abgeschlagenheit, Uterus kontrahiert, in den Seitenkanten gewöhnlich druckempfindlich. Bei Auseinanderziehen der Schamlippen sieht man die belegten Puerperalgeschwüre\*. Lochialsekret makroskopisch ohne Besonderheiten; mikroskopisch, bes. kulturell darin die ursächlichen Bakterien (s. o.) nachweisbar. Von Widerstandskraft des Individuums u. Virulenz der Keime hängt es ab, ob Infektion auf Scheiden-Dammwunden u. Uterusinnenfläche (*Endometritis septica*) beschränkt bleibt, oder ob sie fortschreitet. Im ersten Falle gehen nach einigen Tagen hohen Fiebers alle Krankheits-

symptome zurück; schreitet Infektion weiter, so treten neue Symptome hinzu. Bei Fortschreiten auf dem Lymphwege Parametritis\* oder allgemeine diffuse septische Peritonitis. Hohes Fieber u. starke Pulssteigerung hält an; die Keime sind im Blut nachweisbar, Abdomen wird aufgetrieben, Wind- u. Stuhlverhaltung oder profuse Durchfälle, Erbrechen. Prognose dieser Form absolut schlecht. Keime können auch durch Tuben Peritonealraum erreichen; dann häufig Abkapselung im Beckenperitoneum (cf. Pelveoperitonitis\*), oder diffuse Form der Peritonitis. Bei Überschwemmung des Blutes mit hochvirulenten Keimen tritt reine Septicämie ein; Fieber u. Pulssteigerungen dauern an, hin u. wieder bei Einbruch neuer Keimmassen in das Blut Schüttelfrost, Metastasen in den übrigen Organen können gesetzt werden (Endocarditis puerperalis), bei Staphylokokkämien treten eitrige Metastasen in fast allen Körperorganen ein (cf. Pyämie). Prognose dieser Form ebenfalls infaust. Wandern die Keime auf dem Venenwege langsam unter Herbeiführung von Thrombosen weiter, so kann Thrombophlebitis der Beckenvenen, sowie Pyämie entstehen (cf. Phlegmasia alba). Am Ende der ersten Woche oder in der zweiten Woche des Puerperiums treten Schüttelfröste mit hohen Puls- u. Temperatursteigerungen ein, die sich täglich, ev. mehrmals, wiederholen können. Pyämie kann spontan ausheilen (selten!), meist gehen aber ohne Therapie die Frauen durch Inanition u. eitrige Lungenmetastasen zugrunde. **Diff.-Diagnose:** Bei fortschreitender puerperaler Infektion oben erwähnte klinische Symptome u. (fast immer) positives Resultat der bakteriologischen Blutuntersuchung. **Therapie:** Bei allen puerperalen Infektionen muss Genitalapparat selbst möglichst in Ruhe gelassen werden! Keine Ätzungen, Ausschabungen, Spülungen des Uterus, keine Tamponade usw. Alle Keime können hierdurch doch nicht zerstört werden, dagegen wird der Körper in seinen Abwehrreaktionen geschädigt. Wichtig dagegen Eisblase auf den Leib, Ergotin zur guten Zusammenziehung des Uterus, Stärkung des Körpers gegenüber der Infektion. Gute Fieberkost, Alkohol in mässiger Menge erlaubt. Anregung der Leukocytose am besten durch subcutane Kochsalzinfusionen; oder durch nucleinsaures Natrium (50 ccm einer 2% Lösung subcutan) oder durch steriles Normals Serum (am besten Pferdeserum, 50 ccm subkutan). Empfohlen auch frische Hefe innerlich, Hefenucleinsäure oder Deutschmanns Hefeserum subcutan. Bei keiner Streptokokkeninfektion sollte man, trotzdem therapeutische Beweise für die Wirksamkeit sehr mangelhaft, Anwendung von Antistreptokokkenserum unterlassen. Dasselbe muss aber in grossen Dosen (100—200 ccm 2 mal tgl.) subcutan oder intravenös gegeben werden (Höchster

Serum, Tavel'sches Serum usw.). Für die therapeutische Wirksamkeit des intravenös oder subkutan gegebenen Arg. colloidalen liegen Beweise nicht vor. Bei puerperaler Peritonitis möglichst rasche Operation (Laparotomie, reichliche Drainage). Auch bei Pyämie am besten Operation (Unterbindung der vom Uterus herkommenden Venen). — Cf. Saprämie im Wochenbett.

Fromme.

**Puerperalgeschwüre.** Epitheldefekte u. Wunden der Vagina, Dammsrisse bedecken sich bei puerperaler Infektion mit grau-weisslichen, schwer entfernbaren Belägen. Ausser ev. Brennen an den äusseren Genitalien u. entzündlichem Oedem der Umgebung keine Symptome. **Therapie:** Zur Reinigung der Geschwüre Jodtinktur oder Ätzung mit 10% alkoholischer Carbolsäurelösung. Im übrigen Behandlung des gleichzeitig bestehenden Puerperalfiebers\*.

Fromme.

**Puerperal-, Lactations-, Graviditätspsychosen.** Ihre Zusammenfassung hat nur praktische Bedeutung. Keine spezifische Psychose! Falls durch Infektion oder Eklampsie verursacht, vorwiegend Delirien\* u. Amentia\*. Oft sind Puerperium usw. nur auslösende Momente. Häufig Melancholie\*, Manie\*, dann Katatonie\*, Hysterie\*, Chorea\* gravidarum. In über der Hälfte der Fälle Genesung. **Therapie:** Bettruhe, gute Ernährung, Überwachung, Bekämpfung infektiöser u. eklamptischer Vorgänge. Sonst je nach Art der Geistesstörung. Bei Entwicklung schwerer Graviditätspsychose Frage, ob künstliche Frühgeburt.

Raecke.

**Pyämie u. Sepsis.** Nicht ganz korrekte Termini für allgemeine Eiterinfektion u. „Blutvergiftung“. Richtiger mit Lexer zu unterscheiden:

1. pyogene Allgemeininfektion mit Eitermetastasen,
2. pyogene Allgemeininfektion ohne Eitermetastasen (Blutvergiftung),
3. jauchige, putride Infektion<sup>1)</sup>.

ad 1. **Ätiol.:** Irgend eine schwer infizierte eiternde Wunde, namentlich mit Staphylokokken, aber auch anderen Bakterien nach Trauma oder lokalem Entzündungsherd (Furunkel, Angina). Selten unbekannte Eintrittspforte („kryptogenetisch“). Cf. Puerperalfieber. **Sympt.:** Zuerst die des primären Herdes (cf. Phlegmone). Kommt es zu Allgemeininfektion, Beginn sehr häufig plötzlich mit Schüttelfrost u. hohem remittierendem Fieber (morgens 37°, abends 40°—41°). Schwere Prostration, trockne Zunge, trockne Haut, Kopfschmerz, häufig Benommenheit, grosse Unruhe, Delirien. Mitunter Er-

<sup>1)</sup> In Folgendem folge ich wesentlich Lexer.

brechen, Diarrhöen, Ikterus, stets Milzschwellung. Eitererreger oft aus Blut züchtbar. Charakteristisch für 1. zum Unterschied von 2. Auftreten metastatischer Eiterherde in allen Organen, bes. am Endokard (Endokarditis ulcerosa), in Gelenken, am Knochen, subcutan. Bei Sektion in Lunge, Niere, Milz, Gehirn, Meningen u. a. Organen massenhaft grosse u. kleine Abscesse. **Verlauf:** Bei akutem heftigem, stürmischem Verlauf Exitus in wenigen Tagen; bei chronischem kann noch nach Wochen u. Monaten nach Eröffnung vieler Eiterherde Heilung eintreten. **Therapie:** Vor allem Behandlung des primären Herdes durch ausgiebige Incision. Ev. Amputation, auch Venenunterbindungen (s. Phlegmone). Bei Allgemeininfektion alle nachweisbaren Metastasen spalten, kräftigende Allgemeinbehandlung, besonders Herzmittel (Rp. 47, 83 ff.), auch Alkohol.

ad 2. Massenhaftes Auftreten von Bakterien (bes. Streptokokken, Fäulniserreger) im Blut, Fehlen metastatischer Eiterung. Schädigend wirken dabei sowohl Bakterien wie ihre Toxine („Bakteriämie“ und „Toxämie“). **Ätiol.:** Sehr oft kleine unbedeutende Infektion, z. B. Verletzungen bei Sektion oder Operation schwer Infizierter. **Sympt.:** Meist schon wenige Stunden nach dem kleinen Trauma Beginn der schweren Allgemeinsymptome. Schüttelfrost, hohes Fieber, Puls-, Atembeschleunigung, trockne Zunge, schwere Benommenheit usw. wie bei 1. Lokal die Wunden trocken, fibrinös belegt, missfarbig. Im Blut Reinkultur von Streptokokken usw. Tod sehr bald. Bei Sektion keine Abscesse. **Therapie:** Bei ausgebrochener Infektion selten erfolgreich. Prophylaktisch Schutz bei Sektionen. Nach erfolgter Verletzung Incisionen, Ausblutlassen, Ruhigstellen. Bei putrider Infektion (s. u.) Amputation. Sonst Allgemeinbehandlung wie bei 1. Lexer empfiehlt sehr subcutane Kochsalzinfusionen.

ad 3. Charakterisiert durch Jauchung u. Gasbildung (cf. Phlegmone putrida). Am häufigsten bei Urin- u. Kotphlegmonen, indem durch Resorption der Bakteriengifte die Allgemeininfektion ganz unter dem Bild wie bei 1. u. 2. entsteht. Führt in kurzer Zeit zum Tode unter oft ausgedehnter fauliger Zersetzung grosser Körperabschnitte. **Therapie:** Wie bei 1 u. 2; fast immer machtlos. Kaposi.

**Pyelitis.** **Ätiol.:** Immer bakteriell. Anscheinend selten primär (Erkältung, Traumen in Nierengegend), gewöhnlich aus Nachbarschaft (Paranephritis), von Niere her (bes. Tuberkulose, Nierensteine, Geschwülste, Nierenabscess), „ascendierend“ von Urethra (Gonorrhoe, Phimose, Striktur, Prostatahypertrophie), Blase (Cystitis), Ureter her, bis zu Pyelonephritis; bes. auch infolge von Harnstauung (Schwangerschaft, Wochenbett, Incon-



tinentia paradoxa [Rückenmarksleiden]); auf Blutweg bei Infektionskrankheiten, bei schwerer Enteritis (bes. Säuglinge; Bact. coli ev. in Reinkultur); durch Reiz bei Ausscheidung von Canthariden, Cubeben, Copaivabalsam, Ol. Santali usw. **Sympt.:** Ausstrahlende Schmerzen in der Nieren- (u. Ureteren-)gegend, ev. bes. bei Druck. Öfter Urindrang, grössere Urinmengen (bes. bei chron. Pyelocystitis dem Urin bei Schrumpfniere ähnlich), daher blasser Urin, niedriges spez. Gew., gewöhnlich sauer, trüb, Eiter, Schleim (alkalisch), ev. Blut, Bakterien (Ausstrich, Kultur, Agglutination). Auch Blutgerinnsel, fibrinöse nekrotische Fetzen. Eiweiss ungefähr Eitergehalt entsprechend, wenn höher, dann (Pyelo-) Nephritis (Nierencylinder, weisse Blutkörperchencylinder, Bakteriencylinder). „Nierenbeckeneithelien“ (dachziegelförmig gelagert, geschwänzt), wenn bes. zahlreich, für Pyelitis sprechend, sonst auch bei Cystitis (aus tieferen Epithellagen). Leichte bis schwere („typhöse“) Allgemeiner-scheinungen, remittierendes u. hohes Fieber, Fröste, Pausen; bes. wenn Cystitis u. Nephritis dazu, septisch bzw. pyämisch. Wenn bei Cystitis schweres Krankheitsbild, meist Pyelitis dabei. Bakterien ev. noch länger im Urin (Bakteriurie). **Diff.-Diagnose:** Cystitis\*, Nieren-\*, Blasentuberkulose\*; ev. Cystoskopie, Ureterenkatheterisation, wenn Eiterherkunft unklar, jedoch nur falls Operation in Frage. **Therapie:** Prophylaktisch aseptischer Katheterismus, ev. Auspressen der Blase (Frauen). Grundleiden behandeln (s. o.). Bettruhe. Gegen Schmerz Priessnitz, warme Bäder, Narkotica. Reizlose Diät, bes. Milch (cf. Nephritis acuta); bei chron. Pyelitis weniger streng (cf. Nephritis chronica); reichliche Durchspülung (dünner Tee, Mineralwässer von Wildungen, Brückenau, Fachingen, Obersalzbrunn), oder an Ort und Stelle Trinkkur im Sommer, bes. bei chron. Pyelitis. Antiseptica: bes. Urotropin (Rp. 71); dann Helmitol 3 mal 1,0, Cystopurin 3 mal 2 Tabl.; Salol 3 mal 1,0; Folia uvae ursi 1 Essl. zu 1/2 Liter Tee, 2× tgl.; Oleum Santali, Bals. Copaiv. 4--6 Kapseln zu 0,5 tgl.. Bei alkal. Urin auch Borsäure (3 mal 0,5), Kampfersäure (3 mal 1,0); auch Adstringentien (Rp. 11, 104). Ev. Nierenbeckenspülung mit Ureterenkatheter oder Operation (Pyonephrose\*, Nierenabscess\*, ev. Nierensteine\*). — Cf. Pyelitis gravidarum, Pyelonephritis purulenta. Arneth.

**Pyelitis gravidarum.** **Ätiol.:** Noch nicht geklärt. Meist Infektion durch Bacterium coli; zweifelhaft, ob Einwanderung infolge ascendierender Entzündung, welche in dem durch Kompression des Ureters durch Uterus im Nierenbecken gestauten Urin gute Ausbreitungsmöglichkeit findet, oder Eindringen auf demymphwege vom Darm aus (Obstipation). **Sympt.:** Cf. Pyelitis u. Pyelonephritis. Charakteristisch

Empfindlichkeit hinter der XII. Rippe oder längs des Ureters (zumal entsprechend dem Mc Burneyschen Punkt.) Mitunter vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft (8.—10. Monat). Akute Erscheinungen können in chronische übergehen. **Prognose:** Im allgemeinen gut, doch nur in ca. 60 % Dauerheilung; bei ausgeheilten Fällen Rezidive bei späteren Schwangerschaften sowie puerperale Erkrankungen nach geburtshilflichen Eingriffen selten. **Komplik.:** Nephritis gravidarum. **Diff.-Diagnose:** Cf. Pyelitis. **Therapie:** 1. Beseitigung des Abflusshindernisses (bei Seitenlage tritt Uterus aus dem Becken heraus); 2. Spülung u. Desinfektion des Harnapparats (Milchdiät, reichliche Mengen von Mineralwässern bes. Wildunger Helenenquelle; im übrigen cf. Pyelitis. Wenn erfolglos, Ausräumung des Uterus, möglichst erst bei Lebensfähigkeit des Kindes (jenseits der 32. Woche). Operative Behandlung nur bei schweren Veränderungen (Sackniere, Empyem des Nierenbeckens, paranephritischer Abscess) indiciert. Kaysers.

### **Pyelonephritis purulenta inkl. Nierenabscess.**

**Ätiol.:** Dieselbe wie bei Pyelitis\*, also hämatogen, ascendierend von der Blase, oder von einem Eiterherd der Nachbarschaft her. Anatomisch gesellen sich zur Entzündung des Nierenbeckens noch miliare Eiterherde oder ein oder mehrere Abscesse im Nierenparenchym, schliesslich grössere Abscesse bis zu völliger eitriger Sackniere (Pyonephrose). **Sympt.:** In akuten Fällen die der Pyelitis mit Fieber u. Schüttelfrösten, Eiter in grosser Menge, mehr Eiweiss als einfacher Pyelitis entspräche, Cylinder. In chron. Fällen remittierendes Fieber, Polyurie, ebenfalls viel Eiter u. Cylinder, ferner bei Sacknieren Wechsel zwischen klarem u. trübem Urin. Bei ersterem Deutlicherwerden des Tumors u. Zunahme der Schmerzen; dies stets Symptom der zeitweiligen Verstopfung des Ureters. **Diff.-Diagnose:** Wie bei Pyelitis. Cystoskopie, ev. Ureterenkatheterismus u. vor allem Funktionsprüfung beider Nieren unerlässlich zu rationeller **Therapie:** Bei Erkrankung beider Nieren vorwiegend intern wie bei Pyelitis\*. Ist Eiterung sicher, so kommt Freilegung der Niere, Spaltung des Abscesses mit Drainage oder selbst Spaltung bis ins Nierenbecken Drainage in Frage. Bei eitriger Sackniere u. hochgradiger eitriger Zerstörung einer Niere ist bei Gesundheit der anderen Nephrektomie angezeigt. Kaposi.

**Pylephlebitis suppurativa.** **Ätiol.:** Durch Infektion aus Umgebung (Leberabscess, subphrenischer Abscess, bei verschluckten Fremdkörpern usw.) und aus Pfortaderwurzelgebiet (Geschwüre im Magen oder Darm, Peritonitis, bes. bei Perityphlitis, Cholelithiasis, Genitalleiden [Frauen], Hämorrhoiden-,

Prostata-, Nabelentzündung [Neugeborene]). *Sympt.:* Cf. Grundleiden. Eitrige Entzündung meist von kleinen Pfortader-ästen auf grosse übergreifend. Heftiger Schmerz im Epigastrium; ev. Pfortaderthrombose\* (wenn eitrig-putrid erweichend, septicopyämischer Prozess Folge), Leberabscess\*, Ikterus\* (durch Gallenstauung bzw. Cholangitis), Leber- u. Milztumor. Pyämischer\* Verlauf (Schüttelfröste usw.); rasch tödlich (auch einige Wochen Dauer).  
Arneth.

**Pylorusstenose.** Organische Verengerung bei Carcinom, Narben von Ulcus u. toxischen Verätzungen, Adhäsionen bei Perigastritis, Druck von Tumoren benachbarter Organe (Leber, Gallenblase, Pankreas, Niere); seltener hypertrophische Pylorusstenose (allmähliche konzentrische Hypertrophie der Pylorusmuskulatur bei Gastritis chronica, Pylorospasmus). Funktionelle Verengerung: Pylorospasmus bei Superacidität, Supersekretion, Ulcus u. Erosionen am Pylorus. Folgen der Pylorusstenose: Motorische Insuffizienz\*, Magenerweiterung\*. *Sympt.:* Cf. genannte Affektionen. Schlechter Ernährungszustand, Verminderung der Harnmenge; Stauungserbrechen. Bei den mit Hyperchlorhydrie einhergehenden Formen häufig anfallsweise krampfhaft Schmerzen, einige Stunden nach der Nahrungsaufnahme (Pylorospasmen). *Diff.-Diagnose:* Cf. Magencarcinom, Ulcus ventriculi. Bei Ulcusnarbe in der Anamnese Ulcus, Schmerzanfälle. Bei mechanischem Hindernis meist sichtbare Peristaltik. *Therapie:* Cf. Magenerweiterung, Ulcus, Magencarcinom, Superacidität. Konzentrierte Nahrung; wenig Flüssigkeit. Bei Pylorospasmen Fett (Olivenöl oder Mandelmilch 3 × tgl. einen Esslöffel); daneben Antacida u. Belladonnapräparate (z. B. Rp. 144). Bei zunehmenden Beschwerden, andauernd geringer Urinmenge Operation. Beuttenmüller.

*Chirurgische Therapie:* Sobald Diagnose gestellt, Anlage einer Verbindung zwischen Magen u. Dünndarm unter Umgehung der engen Stelle, also Gastoenterostomie. Erfolge vorrefflich. Leser.

**Pylorusstenose, angeborene spastische.** *Ätiol.:* Rein funktionelle, krampfhaft oder organisch durch muskuläre Hypertrophie bedingte Verengerung des Pylorus bei neuropathisch veranlagten Kindern. *Sympt.:* Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme. Stuhlgang hört fast ganz auf, Urinentleerung wird immer spärlicher. Gewichtsstillstand, Abmagerung. Manchmal in der Magengegend eine von links oben nach rechts unten verlaufende peristaltische Welle sichtbar oder rechts vom Nabel eine Geschwulst fühlbar. Änderung oft erst nach extremster Abmagerung, jedoch kommt ein Kind in Lebensgefahr, wenn es  $\frac{1}{3}$  seines Körpergewichts eingebüsst hat. *Therapie:* Ernährung unter allen Umständen an der Brust, u. zwar Weiter-

reichen der Nahrung in gewohnter Menge u. grösseren Pausen oder kleiner Mengen abgespritzter u. gekühlter Frauenmilch in kleinen Pausen (10 × 20 bis 30 g), ev. Versuch mit fettärmerer Nahrung. Zur Deckung des Wasserbedarfs Klysmata mit Kochsalz u. Natr. bicarbon.  $\text{aa}$  1,0 auf 1 l Wasser. Palliativ warme Umschläge auf den Leib, halbstündlich zu erneuern, möglichst dauernd, u. innerlich Rp. Tct. Valerian. 10,0, Tct. Opii simpl. 0,1. S. 3 × tgl. 3 Tropfen. Nähert sich Gewichtsverlust obengenannter Zahl, dann Gastroenterostomie, wonach meist schnelle Erholung und Gewichtszunahme. Hasenknopf.

**Pyometra senilis.** Infolge Verengerung des inneren Muttermunds bei der physiologischen senilen Involution kommt es beim Fortbestehen einer Sekretion des Uterus (meist nach vorangegangenen endometritischen Prozessen) zur Stauung von Sekret, das den Uterus ballonartig auftreibt (Hydrometra); bei Infektion durch die in dem alkalischen Scheidensekret der Greisin stets vorhandenen Mikroben nimmt das gestaute Sekret eitrigen Charakter an (Pyometra). Praktische Bedeutung liegt in dem Carcinomverdacht, welchen der zeitweilige Ausfluss stark übelriechenden Uterussekrets erwecken kann. **Therapie:** Dilation, ev. blutige Eröffnung der Cervix. Kayser.

**Pyorrhoea alveolaris. Ätiol.:** Nicht ganz sicher. Begünstigend Diabetes u. Konstitutionskrankheiten, wahrsch. auch Zahnstein. **Sympt.:** Beginn meist an unteren Schneidezähnen mit Gingivitis, d. i. Schwellung u. Rötung des Zahnfleischsaumes. Zahnfleischrand lässt sich mit der Sonde abheben; bei Druck auf Gingiva etwas Eiter; Tasche zwischen Gingiva wird immer tiefer, Zahnwurzel allmählich freigelegt, Eiter entleert sich in grosser Menge, jede Berührung der Gingiva führt zu Blutungen. Allmählich wird Zahn ganz locker u. fällt aus. Stets sehr übler Geruch aus dem Munde. Gewöhnlich viele Zähne befallen. **Therapie:** Bei schon gelockerten Zähnen am besten Extraktion, weil dann Prozess ausheilt. Im Frühstadium Versuch, allen Zahnstein zu entfernen, unterminierte Taschen der Gingiva zu spalten u. zu ätzen. Spülung mit Wasserstoffsperoxyd. Sorgfältige Reinigung der Zähne u. des Mundes. Nach Partsch starke Ätzmittel (Chlorzink 8 %, Milchsäure 5%). Kaposi.

**Pyosalpinx.** Ansammlung von eitriger Flüssigkeit in der Tube, welche diese mehr oder weniger stark ausdehnt. **Ätiol.:** Fast stets bakterielle Invasion; am wichtigsten gonorrhoeische, dann septische (puerperale), in dritter Linie tuberkulöse Infektion. Andere Mikroben (Pneumokokken, Typhusbacillen usw.) seltener. Fortgeleitete Entzündungen der Tube vor allem durch Verklebung mit dem Appendix verursacht.

Bei leichteren katarrhalischen Entzündungen der Tubenschleimhaut gewöhnlich nicht Pyosalpinx, sondern Hydrosalpinx (Ansammlung von mehr wässriger, resp. schleimiger Flüssigkeit in der Tube). Doch Übergang von Pyo- in Hydrosalpinx bei längerem Bestande durchaus möglich. *Sympt.:* Fast stets Gefühl von Schwere u. Schmerzen im Unterleibe; unregelmässige Menstruationen, Sterilität, Verdauungsstörungen infolge reichlicher Verwachsungen der Eitersäcke. Bei akuter P. alle Beschwerden stärker; hohes Fieber, Erbrechen, alle Symptome wie bei Pelveoperitonitis\*. Bes. bei gonorrhöischer P. nach Intervallen akute Exacerbationen; tuberkulöse P. dagegen ev. jahrelang ohne grössere Beschwerden. *Diagnose:* Innere bimanuelle Untersuchung unerlässlich. Tube fühlt sich keulen-, resp. posthornförmig an; uterines Ende gewöhnlich enger, nach aussen schwillt Tube allmählich mehr und mehr an; abdominales Ende ist oft nach hinten geschlagen. Bei mehr rundlichem, gleichmässig ausgedehntem Eitersack ist Unterscheidung von Ovarientumoren usw. sehr schwer. Zu verwerthen häufig dann nur die Doppelseitigkeit der Erkrankung, die Unbeweglichkeit der Tumoren, die tief im Becken u. nahe am Uterus liegen, unter Umständen sehr schmerzhaft sind. *Therapie:* Zunächst immer möglichst konservativ. Während des akuten Stadiums Ruhe, Abhaltung aller sexueller Schädlichkeiten, Unterlassung forcierter Untersuchungen, leichte Diät, Sorge für Stuhlgang; weiter im akuten Stadium Eisblase auf den Leib, später warme Umschläge, warme Sitzbäder, warme Scheidenspülungen, Einlegen von Glycerin- resp. Tanninglycerintampons in die Scheide. Nach Schwinden aller Reizerscheinungen Solu. Moorbäder. Wird dadurch gute Rückbildung der P. erzielt, werden Kranke beschwerdefrei, weitere operative Therapie nicht nötig. Andernfalls operative Entfernung der Eitersäcke, aber nur dann, wenn alle akut entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind. Bei sicher diagnostizierten Hydrosalpingen wird man sich leichter zur Operation entschliessen, wenn sie immer wieder Beschwerden machen. Fromme.

**Pyrogallolvergiftung.** Medizinal bei Anwendung von Salben usw. P. ist starkes Blutgift u. entzieht den Geweben Sauerstoff. *Sympt.:* Kopfschmerzen, Schwindel, Frost, Brechdurchfall, Methämoglobinurie, Cyanose, Kollaps, Koma. *Therapie:* Entfernung von Salben usw., ev. mit Alkohol u. Äther. Bei Aufnahme per os Magenspülung, innerl. verdünnte Salzsäure oder Glaubersalz. O-Einatmung, Aderlass, Kochsalzinfusion. Guttman.

**Pyrosis** (Sodbrennen). Brennendes Gefühl, vom Epigastrium zum Hals aufsteigend. *Ätiol.:* Geringe Regurgitation eines stark sauren Mageninhaltes (bei Gastritis acida, Ulcus u.

Ektasie mit Hyperchlorhydrie, nervöser Superacidität). **Therapie:** Behandlung der Superacidität\*. Beutenmüller.

**Quecksilbervergiftung, akute.** Namentlich durch Sublimat, zufällig, absichtlich oder medizinal; auch von Schleimhäuten aus (Vaginalspülungen usw.). **Sympt.:** In sehr akuten Fällen lokale Verätzung u. schmerzhafte Schwellung der Speisewege, Metallgeschmack, Gastroenteritis mit Blutbrechen u. Blutstühlen, Koliken, Tenesmus, Anurie, Kollaps. Tod sehr bald durch Lungenoedem u. Herzlähmung. Bei subakutem Verlauf Stomatitis mit Geschwüren, Speichelfluss, Glottisoedem usw., Hautentzündungen, dysenterische Erscheinungen, heftige Nephritis, Zirkulations- u. Atmungsstörungen (Lungenoedem usw.), Krämpfe, Bewusstlosigkeit, Kollaps. Tod meist innerhalb 1 Woche. **Therapie:** Magenspülung, Brechmittel (bes. Rp. 82). Schleimige Getränke, Eiweiss, Milch. Als Antidote: Holzkohle, Magnesia usta messerspitzenweise, Ferrum pulverat. oder reductum in Pulvern zu 0,5. Im übrigen symptomatisch. Cave Kochsalz. Guttman.

**Quecksilbervergiftung, chronische.** Gewerblich (Spiegelfabriken usw.), ausnahmsweise nach unsinniger Hg-Behandlung der Lues. **Sympt.:** Starke Gastroenteritis, erhebliche Anämie, Speichelfluss, Stomatitis, Nephritis. Beim sog. Erethismus mercurialis ausserordentliche psychische Erregbarkeit durch äussere Eindrücke, Ängstlichkeit u. Angstempfindungen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen, neuralgieartige Schmerzen, zuweilen sogar Halluzinationen u. Tremor mercurialis mit Zittern der Extremitäten, Zunge u. Gesichtsmuskeln, fast ähnlich wie bei Paralysis agitans. Zum Schluss Kachexie u. Dyskrasie, ev. Tuberculosis pulmonum, unter der die Patienten zugrunde gehen. **Therapie:** Verhütung weiterer Intoxikation. Kräftige Ernährung u. warme Bäder, ev. Schwefelthermen (Aachen), Jodkalium, Schwitzkuren, Anwendung der Elektrizität. M. Joseph.

**Querlagen.** Kind quer im Uterus, so dass Kopf in der einen Seite, Steiss in der anderen Seite der Mutter palpirt wird; Schulter liegt im Beckeneingang vor. **Ätiol.:** Schlaffer Uterus der Vielgebärenden, kleines u. bewegliches Kind, reichliches Fruchtwasser. Häufig liegt der zweite Zwilling quer. **Diagnose:** Bei äusserer Untersuchung fühlt man Kopf in der einen Seite (links = 1. Querlage, rechts = 2. Querlage), in der anderen Seite Steiss u. kleine Teile; Uterus kugelig, Beckeneingang leer. Bei innerer Untersuchung erreicht man keinen vorliegenden Teil, oder man fühlt Schulter, erkennbar durch Schulterblatt, S förmige Clavicula, Rippen (Schulterschluss nach links = 1. Querlage, nach rechts = 2. Querlage). Nach

dem Blasensprung kann unterer Arm in die Scheide vorfallen. Diagnose ob rechter oder linker Arm wird gestellt, indem man dem Kinde die Hand gibt, oder indem man die Vola nach oben dreht, der Daumen zeigt nach dem entsprechenden Schenkel der Mutter. Da nur der untere Arm vorfallen kann, ist nach Feststellung des Schlusses der Achselhöhle, wodurch man 1. oder 2. Querlage diagnostiziert, auch klar, ob der Rücken des Kindes nach vorne (dorso-anterior) oder nach hinten (dorso-posterior) liegt. Verschleppte Querlage ist vorhanden, wenn bei guter Wehentätigkeit nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes u. Fruchtwasserabfluss keine Hilfe kommt, u. nun die untere Schulter tief getrieben wird u. der Uterus am Kinde sich in die Höhe zieht, so dass unteres Uterinsegment überdehnt wird (Contractionsring!, Spannung der Ligg. rotunda). Gefahr der Uterusruptur dann sehr gross. **Therapie:** In jedem Falle innere Wendung, wenn Muttermund völlig erweitert, am besten, wenn Blase noch nicht oder gerade erst gesprungen ist. Bei vorzeitig gesprungener Blase u. guten Wehen abwarten, bis Muttermund völlig erweitert ist. Bei drohender Uterusruptur u. lebendem Kinde tiefe Narkose u. vorsichtiger Versuch der inneren Wendung. Gelingt sie nicht, dann Embryotomie. Bei totem Kinde sofort Embryotomie resp. Dekapitation. Fromme.

**Querstand, tiefer.** Bei Hinterhauptslagen bleibt selbst bei tief im Beckenausgang stehenden Kopf Rotation der kleinen Fontanelle unter die Symphyse aus u. Fontanelle bleibt seitlich stehen. **Ätiol.:** Unklar; meist bei kleinem Kopf u. weitem Becken. **Sympt.:** Austreibungszeit wird verzögert, Kopf bleibt im Beckenausgang stehen. **Therapie:** Eingehen mit zwei Fingern hinter kleine Fontanelle, u. Versuch, während der Wehe dieselbe nach vorne zu drehen. Gelingt das trotz öfterer Wiederholung nicht, leidet das Kind oder ist Mutter durch lange Austreibungszeit erschöpft, dann Zange. Fromme.

**Querulantenwahnsinn.** Meist Unterform der Paranoia chronica\*. **Ätiol.:** Rechthaberische Veranlagung, Disposition zu Paranoia, bereits vorhandene psychische Störung (oft Hysterie\*). **Sympt.:** Ausbildung des fixierten Wahns, rechtlich benachteiligt zu sein (verlorener Prozess). Trotz äusserer Besonnenheit kritikloses Festhalten am eigenen Standpunkt. Erbitterte Bekämpfung jeder abweichenden Ansicht. Verleumdung u. Bedrohung von Richtern u. Behörden, die anders entscheiden. Flut von Eingaben bis an Bundesrat u. Kaiser, Schmähschriften, Attentate usw. Gehobenes Selbstgefühl: berufen, die Rechtsprechung zu reformieren. Gelegentlich Halluzinationen, Konfabulationen. **Diff.-Diagnose:** Nichtgeisteskranker Querulant

sieht Irrtümer ein. **Therapie.**: Solange aggressiv, Entmündigung u. Internierung. Wenn harmlos, Ignorieren der krankhaften Gedankengänge. Heilung allmählich durch Abklingen des Affekts möglich.

Raecke.

**Rachitis.** Ernährungsstörung des wachsenden Organismus, bei der bes. Knochen u. Knorpel erkrankt sind. Häufig kombiniert mit Störungen des Nervensystems u. den Zeichen des Milchnährschadens\*. **Ätiol.**: Konstitutionsanomalie in Gestalt zu geringer natürlicher Kalkdepots. Ungenügende Ausnützung des mit der Nahrung eingeführten Kalks; Ausscheiden desselben in den Kalkseifenstühlen bei zu fettreicher Nahrung (Milchnährschaden). Schlechte soziale u. unhygienische Wohnungsverhältnisse. **Sympt.**: 1. Offenbleiben der Fontanellen u. Nähte unter Verdickung der Ränder. Quadratschädel durch Auftreibung der Tubera frontalia u. parietalia. Dadurch Verchiebung des Schädel- zum Brustumfang zugunsten des ersteren, oft um mehrere cm. Craniotabes, Rosenkranz, Epiphysenaufreibungen, Deformitäten u. Einknickungen der Röhrenknochen (am stärksten bei der osteomalacischen Form). Infolge Nachgiebigkeit Schnürfurche am Thorax entsprechend dem Zwerchfellansatz, Ausbuchtung der unteren Thoraxapertur. Kyphose bzw. Kyphoskoliose u. Beckendeformitäten. 2. Schlahheit u. Schwäche der Muskulatur. Durch Nachlassen des Gewebsturgors infolge interkurrenter Störungen plötzliches Verlernen von Stehen u. Gehen. Allgemeine Hyperalgesie (Schreien bei Berührung), Geschmacksstörungen (Vorliebe für Lebertran), Kopfschweisse. Anomalien der Zahnung u. Schmelzbildung. Allgemeine Blässe. **Diff.-Diagnose**: Hydrocephalus\*, Barlowsche Krankheit\*, Osteomalacie\*, Lues hereditaria\* (Parrottsche Pseudoparalyse u. Osteochondritis syphilitica), Myxoedem\*. **Komplik.**: Spasmophile Diathese\* (Stimmritzenkrämpfe) u. Milchnährschaden (s. o.). Lungenerkrankungen verlaufen infolge ungenügender Ventilation meist deletär. **Therapie**: Korrektur aller groben Ernährungsfehler, bes. Verminderung des Nahrungsfettes durch Beschränkung der Milchzufuhr, bei Brusternährung ev. Ersatz einer Frauenmilchmahlzeit durch eine fettarme. Beseitigung etwaiger Kalkseifenstühle durch Mehl- oder Malzextraktbeigabe. Möglichst frühzeitiger Übergang zur gemischten Kost u. Ersatz der Milch durch diese. Spinat, Karotten, Obst. Keine Eier (Strophulus!). Ausgiebiger Aufenthalt in freier, bewegter Luft. Innerl. Phosphorlebertran (Rp. 174). Keine orthopädische Behandlung vor dem 6. Jahre, da bis dahin weitgehende Rückbildungen der Deformitäten spontan erfolgen.

Hasenknopf.

**Radialislähmung.** **Ätiol.**: Meist Trauma, bes. Druck im Schlaf, Umschnürung der Oberarme, bisweilen heftige plötz-



liche Tricepscontraction, Humerusfraktur. Auch toxisch (Bleilähmung\*). **Sympt.:** Bei der häufigsten Form, der Schlaf- lähmung: Supinatoren, Strecker der Hand u. Finger, Abducens pollicis. long. betroffen; Hand hängt im Handgelenk schlaff herab, nur Abduction u. Beugung erhalten (letztere erscheint oft schwach wegen mangelnder Unterstützung durch die Streckmuskeln); Triceps nur selten beteiligt bei Humerusfraktur. Einzelne Muskeln des Radialisgebiets können auch isoliert gelähmt sein. Lähmung meist lange Zeit einfach, erst allmählich degenerativ; aber häufig Atrophie. Sensibilitätsstörung meist sehr gering (Dorsalfläche des Daumens), Schmerzen fehlen meist. **Prognose:** Günstig. **Therapie:** Cf. Lähmungen. Bes. Galvanisation. Ev. Nervennaht. S. Schoenborn.

**Radikaloperation am Ohre** vd. Otitis media chronica u. Cholesteatom. Persistente Öffnung danach nur noch selten, seit regelmässig primärer Verschluss der Operationsöffnung am Warzenfortsatz in ihrer grössten Länge allgemein ausgeführt wird. Andernfalls sekundäre Naht. Restierende Öffnung durch entsprechende Plastik der Wundränder u. benachbarter Haut- u. Periostpartien zu schliessen. Bloch.

**Ranula.** Unter der Zunge im Mundhöhlenboden sitzende cystenartige Geschwulst mit klarem etwas Faden ziehenden speichelähnlichem Inhalt. **Ätiol.:** Wahrscheinlich nicht einheitlich. Zusammenhang mit embryonalen Resten der Sublingualdrüse oder mit Ductus thyreoglossus. **Sympt.:** Im Mundboden unter der Zunge, diese empordrängend, rundliche Geschwulst, von normaler Schleimhaut bedeckt, klarer Inhalt, bläulich durchschimmernd. Fluktuation mitunter deutlich. Sprechen, Essen behindert. **Therapie:** Totalexstirpation oder Spaltung mit Umsäumungsnaht der Schleimhaut u. Cystenwand. Kaposi.

**Raynaudsche Krankheit.** Anfallsweise auftretende schmerzhaft gefässkrämpfe, später Gangrän der Körperenden. **Pathol. Anat.:** Bei reinen Fällen negativer Befund. **Ätiol.:** Gefässspasmen mit Gewebszerfall u. Nekrose der ischämischen Gebiete; eigentliche Ursache unbekannt. **Sympt.:** Bei vorher Gesunden (oft Neuropathen) werden plötzlich unter unerträglichen Schmerzen die Finger- u. Zehenspitzen, ev. auch Nase u. Ohren gefühllos, blass, eiskalt, für Minuten bis Stunden. Darauf Asphyxie: gleiche Abschnitte (fast stets symmetrisch rechts u. links) werden cyanotisch; gedunsen, für Stunden bis Tage. Diese Anfälle wiederholen sich oft jahrelang; früher oder später tritt meist dazu schwarzblaue Verfärbung, Gangrän (trocken), Abstossung der brandigen Teile. — Günstige Fälle bleiben auf das 2. Stadium beschränkt. Im Anfall meist Hyperästhesie der ischämischen Gebiete. **Komplik.:** Sklero-

dermie. **Prognose:** Quoad vitam stets gut, quoad sanationem dubia. **Therapie:** Eisen, Arsen, Chinin (Rp. 21 ff., 167 ff.). Galvanisation, galvanische u. sinusoidale Bäder, vorsichtige Massage. S. Schoenborn.

**Retinitis. R. pigmentosa. Ätiol.:** Kongenitale Anlage. Blutsverwandschaft der Eltern. Heredität. **Sympt.:** In jugendlichen Jahren beginnende, ständig progressive Sehschwäche nahezu ausnahmslos beider Augen. Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Blindheit bei herabgesetzter Beleuchtung (Hemeralopie). In der Fundusperipherie Ansammlung feiner schwarzer Pigmentklümpchen, oft durch feine schwarze Linien miteinander zusammenhängend, bes. längs der Netzhautgefäße, in den äusseren u. inneren Schichten der Netzhaut. Macula bleibt von Einlagerungen verschont. Papille wachsbleich, opak, leicht unscharf begrenzt, Gefäße (Arterien und Venen) auffallend eng. Cf. Sehnervenatrophie. Sklerose der Chorioidealgefäße. **Komplik.:** Trübungen am hinteren Linsenpol. **Therapie:** Aussichtslos. Strychnininjektionen an der Schläfe (0,3 ccm einer 1% Lösung, 10—20 Tage je 1 Injektion).

**R. albuminurica. Ätiol.:** Nephritis parenchym., vor allem Schrumpfniere, Nephritis gravidarum. **Sympt.:** Rasches Sinken der centralen Sehschärfe beiderseits. In der Maculagegend weisse punktförmige oder in radiären Strichen angeordnete Degenerationsherde. Papillengrenzen unscharf. Oft Bild der Stauungspapille. Venen erweitert, Arterien verengt. Venöse Apoplexieen in der Retina. **Therapie:** Behandlung der Nephritis. **Prognose:** Infaust mit Ausnahme der Ret. alb. gravidarum. Im letzteren Falle bei schnellem Verfall des Visus künstlicher Abort oder Frühgeburt indiziert.

**R. diabetica. Sympt.:** Sehstörungen schwanken nach Lage der Herde. Auf dem Fundus regellos verteilt (mit Vorliebe centrale) weisse fleckförmige Degenerationsherde mit kleinen Blutungen. **Komplik.:** Katarakta diabetica. **Therapie:** Diabetesdiät. **Prognose:** Zweifelhaft; Besserung möglich.

**R. syphilitica.** Selten, bietet kein typisches Krankheitsbild. Meist hauchige Netzhauttrübung mit Degenerationsherden. Dasselbe gilt für R. bei anderen Allgemeinleiden. Schieck.

**Retroflexio uteri.** Uteruskörper nach hinten abgelenkt, u. zwar so, dass deutlicher Knickungswinkel am inneren Muttermund vorhanden. **Ätiol.:** Sehr häufig im Wochenbett infolge Erschlaffung der Bänder u. schlechter Involution entstehend; aber auch angeboren; ferner in einzelnen Fällen durch Sprung, Fall usw. entstehend. **Sympt.:** Nicht in jedem Falle vorhanden. Bei gebärfähigen Frauen gewöhnlich durch die hervorgerufene anomale Blutzirkulation Menstruationsanomalien (zu lange, zu

häufige, zu starke Menses). Während der Blutung drückt der hyperämische Uterus auf Nachbarorgane. Defäkation kann erschwert u. schmerzhaft sein. Weiter Schmerzen in den Seiten u. ziemlich typischer Kreuzschmerz. Bei infantilem retroflektierten Uterus pflegen Sterilität u. dysmenorrhöische Beschwerden die Regel zu sein. Ev. nervöse Symptome, Erbrechen, Neuralgien, Kopfschmerzen usw. **Diagnose:** Bei bimanueller Untersuchung Portio ziemlich weit nach vorne hinter der Symphyse, Uteruskörper nach hinten im Douglas, das eine oder andere Ovarium vergrößert neben ihm. Fehlen des Uteruskörpers hinter der Symphyse u. Tastung eines rundlichen Körpers im Douglas machen Diagnose ziemlich sicher. Bei Virgines rectale Untersuchung! Ist Uterus beweglich retroflektiert, so gelingt Aufrichtung aus dem Douglas, indem man Portio nach hinten schiebt, Uteruskörper mit der inneren Hand in die Höhe hebt u. mit der äusseren in Empfang nimmt. Aufrichtung auch mit der Sonde, doch für Ungeübten nicht zu empfehlen. Bei Verwachsungen u. Bildung von Pseudomembranen, die den Uterus nach hinten fixieren, gelingt Aufrichtung entweder gar nicht, oder Uterus schnappt nach der Aufrichtung wieder zurück. **Therapie:** Unnötig, wenn Kranke keine Beschwerden von ihrer R. hat. Bei nicht direkt auf die Retroflexio bezüglichen Symptomen, wie Neuralgien, Magenschmerzen usw., müssen diese behandelt werden. Macht R. typische Beschwerden, so richte man Uterus auf (bei sehr empfindlichen Personen ev. in Narkose) u. lege sofort gut sitzendes Pessar ein. Scheint Uterus durch Adhäsionen fixiert, so forcire man Aufrichtung nicht. Zur Erhaltung des Uterus in seiner Lage verschiedenste Pessare (nach Thomas, Smith, Hodge usw.). Liegt ein Pessar, so müssen Ausspülungen gemacht u. das Pessar alle Vierteljahre herausgenommen u. gereinigt werden. Bei Schwangerschaft belässt man das Pessar bis zum 5. Monat. Werden die Beschwerden auch durch Pessar nicht behoben, trotzdem Uterus normal liegt, so ist vor allem an nervösen Ursprung der Schmerzen zu denken u. dementsprechend zu behandeln. Sinkt Uterus aber immer wieder nach hinten, oder wird Pessarbehandlung abgelehnt, so ist operative Therapie angezeigt. Bei beweglicher Retroflexio in gebärfähigem Alter am besten Alexander-Adams, bei nicht frei beweglicher Retroflexio Ventrofixation. Vaginaresp. Vesicofixationen nur für ältere, nicht mehr gebärende Frauen.

Fromme.

**Retroflexio uteri gravidi.** **Ätiol.:** Entweder wird primär retroflektyer Uterus schwanger, oder vorher normal liegender Uterus knickt in den ersten drei Monaten der Gravidität nach hinten über. **Sympt.:** In den ersten beiden Monaten der Schwangerschaft gewöhnlich nur Kreuzschmerzen u.

Druck auf den Mastdarm. Vom dritten Monate ab durch Abknickung der Harnröhre Harnverhaltung oder Ischuria paradoxa (einige Tropfen Urin gehen unwillkürlich ständig ab, während der grösste Teil des Harnes in der Blase zurückbleibt). Daneben kann beinahe vollkommene Stuhlverhaltung bestehen. Ev. Erbrechen. **Diagnose:** Im Leibe bis zur Symphyse reichend ein grosser Tumor, die gefüllte Harnblase. Scheide u. Muttermund ganz nach vorne hinter die Symphyse gedrängt. Hinteres Scheidengewölbe durch weichen den Douglas ausfüllenden Tumor (schwangerer Uterus!), ganz nach vorne gedrängt. Bestehen daneben weitere Zeichen von Schwangerschaft, so ist Diagnose sehr wahrscheinlich. **Diff.-Diagnose:** Ovarialtumoren, grosse Pyosalpingen, die den Douglas ausfüllen, Haematocele retrouterina. Bei diesen Zuständen ist der kleine Uterus in Narkose zu palpieren. **Therapie:** Entleerung der Blase, Reposition des schwangeren Uterus vom hinteren Scheidengewölbe aus mit zwei Fingern; äussere Hand nimmt Uterus in Empfang, innere drückt Portio nach hinten. Ev. in Knieellenbogenlage auszuführen; oder man legt Kolpeurynter in die Scheide u. füllt ihn langsam mit Quecksilber. Ist Uterus hinten fixiert, ev. Laparotomie. Setzt im 4. Monate bei starken Einklemmungserscheinungen keine Therapie ein, so kann Blasengangrän mit Peritonitis eintreten. Nach gelungener Reposition lege man ein Hodge- oder ähnliches Pessar in die Scheide, um erneute Retroflexio zu vermeiden. Das Pessar ist bis zum 5. Monat zu tragen.

Fromme.

**Retropharyngealabscess.** Vorwiegend bei Kindern im ersten Lebensjahre; späteres Alter nicht ausgeschlossen. **Ätiol.:** Bei Kindern idiopathisch, d. h. durch Vereiterung der retrovisceralen Lymphdrüsen, die bis zum 3. Lebensjahre zwischen Schlundmuskulatur u. Prävertebralaponeurose in Höhe des 2. u. 3. Halswirbels beiderseits von der Mittellinie symmetrisch vorhanden, später atrophieren; sie vereitern durch Erkrankungen der Nachbarschaft (Kopfhaut, Nasenhöhle, Rachen), ferner durch Spondylitis, Scharlach, Diphtherie, auch gelegentlich Mittelohrentzündungen (?), Peritonsillitis\* der Rachenmandel, Trauma (harter Bissen, Fremdkörper). **Sympt.:** Selten akute Entwicklung mit starkem Fieber u. Schluckweh; meist schleichender Verlauf mit allmählichen Störungen des Schluckens, der Atmung u. Sprache (verschieden nach Sitz u. Grösse); in ausgesprochensten Fällen stark stertoröse (bes. nachts) Atmung durch gelegentliche Erstickungsanfälle unterbrochen. An hinterer Pharynxwand rote, glatte, elastische, fluktuierende Vorwölbung sichtbar (ev. laryngoskopisch oder postrhinoskopisch) bzw. bei verstecktem Sitz nach oben oder unten nur fühlbar. Nacken-

steifigkeit, Hintenübergebeugtsein des Kopfes, Rigidität eines oder beider Kopfnicker, schmerzhaft behinderte Kopf- u. Nackenbewegungen. **Komplik.:** Senkungsabscesse in Hals- u. Brustraum. Septicopyämische Metastasen oder Allgemeininfektion. Exitus letalis durch Verlegung der Luft- u. Speisewege (namentlich bei Kindern, wo stets diese Gefahr). Bei Bersten des Abscesses, gelegentlich auch bei Incision, Eiterüberschwemmungen des Kehlkopfes u. der Luftröhre bzw. Aspirationspneumonie. Ferner Facialislähmung durch entsprechendes Weiterstreiten der Entzündung. **Diff.-Diagnose:** Tumoren (Fluktuation), Kehlkopffektionen (Laryngoskopieren, wenn nicht möglich Palpation, Fehlen der Heiserkeit, der Expektoriation usw.). **Therapie:** Möglichst frühzeitige ausgiebige Incision in Vertikalrichtung; wegen Gefahr der Eiteraspiration Allgemeinnarkose nicht ratsam, sondern Cocainanästhesie (10–20% Aufpinseln oder Aufspritzen) u. hängender Kopf, allenfalls auch sofort nach Incision Kopf nach vorn unten neigen. Ev. Wiederholung der Incision. Nachbehandlung durch Gurgelungen (bei kleinen Kindern unmöglich) mit lauwarmem Kamillen- oder Salbeitee, Wasserstoffsuperoxyd (2 Teelöffel auf 1 Glas Wasser), 2–4% Borsäurelösung. Flüssige bzw. weiche Nahrung. Wenn nötig Tracheotomie, deren Bereitschaft stets notwendig. Später Behandlung ev. Ursachen.

Max Senator.

**Retroversio uteri.** Lagerung des Uteruskörpers nach hinten, aber so, dass Uterus normale Gestalt bewahrt. Physiologisch bei gefüllter Blase, pathologisch, wenn Uterus fixiert durch Adhäsionen dauernd in dieser Stellung verharret. **Sympt.:** Werden durch die Retroversionsstellung an u. für sich nicht bedingt, aber hervorgerufen durch ev. Adhäsionen oder wenn bei Descensus der Scheide auch der Uterus in Retroversionsstellung descendiert. **Therapie:** Greift die Komplikationen der Retroversio (Adhäsionen, Descensus) an. Retroversio an u. für sich bedarf keiner Therapie.

Fromme.

**Rhinitis acuta.** Rh. simplex (Coryza, Schnupfen), Rh. purulenta (selten), gonorrhoea (selten), Rh. fibrinosa. **Ättol.:** Bei Rh. a. simplex unbekannte Infektion bei Erkältung, Durchnässung; Influenza, Masern, Röteln; chemische Reize durch Einatmen von Pulvis Ipecacuanhae, Pulvis Lycopodii, oder durch innerliche Nahme von Jodsalzen (auf dem Blutwege). Bei Rh. purulenta Erysipel, Scharlach. Bei Rh. gonorrhoea bei Säuglingen gonorrhoeische Infektion intra partum gewöhnlich zugleich mit Conjunctivalblennorrhoe. Bei Rh. fibrinosa Diphtheriebacillen (wahrscheinlich trotz deren voller Virulenz erhöhte Widerstandskraft des Individuums). **Sympt.:** Bei Rh. simplex (sehr häufig Ausgang von Pharyngitis acuta\*) anfangs

heftiges wiederholtes Niesen; danach Verlegtsein der Nase; reichliches, wässriges, beizendes Sekretfließen; starke Rötung, Schwellung, auch Maceration mit Einrissen der Introitus-Epidermis. Schleimhaut hochrot, stark geschwollen (bes. untere Muscheln bis zur Berührung mit Scheidewand), mit fadenziehendem, wässrigem Sekret. Später Sekret dicker, schleimig bis schleimig-eitrig von grüngelber Farbe. Abgeschlagensein, Mattigkeit, Kopfdruck, Stirnschmerz, Arbeitsunfähigkeit, Frösteln, Fieber, Störungen des Geruches u. Geschmackes. Bei Säuglingen (wo ernste Erkrankung) Störungen des Schlafes, der Nahrungsaufnahme, mithin des Allgemeinzustandes. Bei Rh. purulenta u. gonorrhoeica reichliches, eitriges Sekret, ev. durch Blutbeimengungen dunkel, auch übelriechend durch putride Zersetzung (Rh. gangraenosa), in bes. schweren Fällen mit Substanzverlusten der Schleimhaut u. Nekrosen von Knorpel u. Knochen. Bei Rh. fibrinosa Beginn wie Rh. simplex, aber bald Bildung von dicken weissgelben, festsitzenden, austapezierenden Membranen (in denen Diphtheriebacillen), neben reichlicher schleimig-eitriger Sekretion, Spontanausstossung der Membranen unmöglich, aber instrumentell mit geringer Blutung unschwer entfernbar, wonach schnelle Neubildung 8—14 Tage lang, alsdann allmähliches Abklingen. **Komplik.:** Bei Rh. acuta Hinabsteigen der Entzündung (Pharyngitis\*, Laryngitis\*, Bronchitis acuta\*), indes ebenso oft umgekehrt Heraufsteigen von dort zu Rhinitis acuta. Mittelohrentzündungen, Conjunctivitis, Dakryocystitis. Nebenhöhleneiterungen. Bei Rh. purulenta u. gonorrhoeica Blennorrhoe der Conjunctiven, welche eigentlich stets gleichzeitig. Nebenhöhleneiterungen. Bei Rh. fibrinosa wie bei Diphtherie (sehr selten). **Diff.-Diagnose:** Wegen akuten Verlaufes Verwechslungen im allgemeinen ausgeschlossen, allenfalls Erythema syphiliticum (cf. Nasensyphilis). Rh. simplex bei Säuglingen: Nasensyphilis\* (Allgemeinuntersuchung usw.). Rh. purulenta u. gonorrhoeica: Genaueste Inspektion ev. nach Cocain zur Abschwellung, Sondierung. Nasenscheidewandabscesse\*, Nasensyphilis\*, Fremdkörperereiterung\* (meist einseitig), Nebenhöhleneiterung (meist einseitig), Ozaena\*, Rhinosklerom\*. Rh. fibrinosa: Diphtherie\* (schwererer Allgemeinzustand, Mitbeteiligung der Rachenorgane). **Therapie:** Rh. simplex: Lokal, wenn erforderlich zur subjektiven Erleichterung Schnupfpulver (ev. auch einzublasen), wie Renoformschnupfenmittel; Natrii sozodolici 2,0, Cocaini muriatici 0,1, Sacchari lactis ad 10,0; Rp. Menthol 0,5, Sacchari lactis 5,0, Acidi borici pulverisati ad 10,0; Rp. Acidi borici 2,0, Natrii biboracici 2,0, Sacchari lactis ad 10,0; Aufpinseln von Mentholöl 3:100 oder Cocainlösung 2—5:100. Auf Introitus-Epidermis wie bei Nasenekzem\*. Je nach Allgemeinstörungen Zimmer hüten bis

Bettruhe; Schwitzen; Sorge für Stuhlgang. Antipyretica (Rp. 37). Prophylaktisch: Abhärten (zweckmässige Kleidung, kalte Wasser-, See- u. Luftbäder, Leibesübungen im Freien u. a. m.). Bei Säuglingen (sehr wichtig): Sorgfältige Behandlung des Introtitus wie Nasenekzem\*. Auf Schleimhaut öfters Aufpinseln von Mentholöl 3:100. Entfernung des Sekrets durch Ausblasen mit Politzerschem Ballon (anderes Nasenloch offen lassen, alsdann Ausfliessen durch dieses oder in Nasenrachen). Vorsichtige teelöffelweise Ernährung mit genügenden Pausen zur Respiration, in schwersten Fällen auch Schlundsonde. Rh. purulenta u. gonorrhoeica: wie bei Rhinitis simplex; ausserdem sorgfältige Entfernung des Sekrets. Bei Erwachsenen Nasenspülungen wie bei Ozaena\*; bei Säuglingen (Rh. gonorrhoeica) Politzer-Ballon wie bei Rh. simplex, danach allenfalls Pinselung der Schleimhaut mit Solut. Argent. nitrici 1—2:100 oder Aufblasen von Pulver: Argent. nitric. 0,1, Talci 20,0. Rh. fibrinosa: Schonende instrumentelle Entfernung der Membranen unter Spiegelkontrolle, sonst wie Rh. simplex. Isolierung, da durch Bacillenträger (s. o.) stets Ansteckungsmöglichkeit.

Max Senator.

**Rhinitis chronica:** Rh. chr. hypertrophica (besser hyperplastica) u. Rh. chr. atrophica. *Ätiol.:* Bei Rh. chr. hypertrophica wiederholte Rhinitis acuta\* (namentlich bei jedesmaliger ungenügender Ausheilung), adenoide Vegetationen\*, Pharynxgeschwülste (beide durch lokale Blutstauung), Verdauungsstörungen, vorwiegend sogenannte Plethora Abdominis, Herz- u. Nierenaffektionen (durch allgemeine Blutstauung). Dauernde Reize, wie Tabakrauchen u. -schnupfen, ständiger, namentlich beruflicher Aufenthalt in staubverunreinigter oder chemisch-reizender Luft (Müller, Bäcker, Drechsler, Schleifer, Chemiker bzw. Arbeiter solcher Fabriken, Kalk- u. Cementarbeiter, Tabakarbeiter u. a. m.). Bei Rh. chr. atrophica übermässige operative Eingriffe (namentlich wenn in Nasenhöhle danach zu grosse Durchgängigkeit, mithin Austrocknung usw.). Langdauernde chronische Nebenhöhleneriterungen. *Sympt.:* Bei Rh. chr. hypertrophica Schleimhaut hochrot, sammetartig aufgelockert u. verdickt, leicht blutend, mit Sonde nach Art eines „Luftkissens“ einzudrücken; da nur hyperämisch, auf Cocainisierung schwindend; vorwiegend an unteren u. mittleren Muscheln, an anderen Stellen, z. B. der anderen Nasenhälfte, oder zu anderen Zeiten blass, weissgrau, uneben. Flüssiges, fadenziehendes Sekret, vorwiegend am Nasenboden angesammelt, oder dickes gelbliches zu Krusten u. Klümpchen eintrocknend, in Nasengängen oder an Wänden haftend, auch beide Formen zugleich (cf. Rhinitis sicca anterior\*). Bei längerem Bestehen Volumzunahme (Hypertrophie bzw. Hyperplasie) der Schleim-

haut, vorwiegend an den unteren u. mittleren Muscheln oder (wo am häufigsten) deren vorderen und hinteren (Rhinoscopia posterior) Enden nach Art von himbeer-, trauben-, blumenkohl-, froschlauchförmigen Polypen (polypöse Muschel-Hypertrophie), die nach Cocain nicht schwinden, auch an Scheidewand, namentlich hinten (Rhinoscopia posterior) beiderseits flügelartige Verdickungen. Subjektiv Gefühl von Verschleimung u. Verstopfung (Stockschnupfen) wechselnder Stärke. Störungen der Atmung (Mundatmung), des Riechens (bis zur völligen Aufhebung) u. Schmeckens; im übrigen Beschwerden wie bei Pharyngitis chronica\*, die regelmässige Komplikation (s. u.). Rh. chr. atrophicans wie Ozaena\*, aber ohne charakteristischen Fötor. **Komplik.**: Bei Rh. chr. hypertrophica infolge Fortschreitens der Affektion in tiefere Luftwege u. wegen Mundatmung: Pharyngitis\*, Laryngitis\*, Bronchitis\* chronica; durch Verlegung des pharyngealen Ostiums der Tuba Eustachii: Mittelohraffektionen namentlich sog. trockner Mittelohrkatarrh; durch Verlegung der nasalen Öffnung des Tränen-Nasenkanales: Chronische Conjunctivitis, Tränenträufeln, adenoide Vegetationen\* (zwar nicht Komplikation aber häufig gleichzeitig, daher stets Rhinoscopia posterior). Rh. chr. atrophicans wie Ozaena\*. **Diff.-Diagnose**: Bei Rh. chr. hypertrophicans Unterscheidung (durch Cocain s. o.), ob Schleimhautschwellung hyperämisch oder hypertrophisch (wegen Therapie). Nasenpolypen\*, Nasengeschwülste\* (genaueste Inspektion u. Sondierung, ev. nach Cocainisierung). Nasensyphilis\*, Nasentuberkulose\*, Lupus\*. Rh. chr. atrophicans: Ozaena\* (Fehlen des charakteristischen Fötor). **Therapie**: Bei Rh. chr. hypertrophica Behebung ev. Ursachen, Abhärten (cf. Rhinitis acuta\*). Trink- u. Inhalationskuren wie bei Laryngitis\* u. Pharyngitis chronica\*. Lokal: Schnupfpulver u. Einpinse-lungen usw. wie bei Rhinitis acuta\*, ausserdem Nasenspray: Rp. Acid boric. 2,0, Cocain muriat. 0,2, Adrenalin (Paranephrin, Suprarenin) gtt. XXX, Aq. dest. ad 200,0. S. 3 × tgl. bis zur leichten Benetzung der Schleimhaut einzusprayen. Ferner Nasenbäder aus Glycerin 1 Teelöffel, Kochsalz 2 Teelöffel, 1/4 l Wasser mit Teelöffel oder besonderem Nasenkännchen (nur wenn keine Erscheinungen seitens des Ohres dabei, auch kein Eindringen von Flüssigkeit durch Tube in dasselbe, Gefahr für Mittelohr). Nasendouche wegen zu hohen Druckes zu unterlassen. Bei Schleimhauthypertrophieen, mit Atembehinderung bzw. Volumverminderung, instrumentelle Verkleinerung mittels Galvanokaustik (häufig nach kurzer Zeit Rezidive), Schere, Conchotom; bei polypöser Form auch kalte oder galvanokaustische Drahtschlinge. Zur Nachbehandlung nach Operation gewöhnlich wegen Blutungsgefahr Nasentamponade mit steriler



oder Dermatolgabe (Jodoform reizt durch Geruch) der operierten Seite (unter Spiegelkontrolle) erforderlich, Tampon nicht länger als 24 Stunden liegen lassen (wegen Sekretstauung ins Mittelohr durch Tube), alsdann vorsichtig herausziehen, ev. abweichen mit Wasser u. exspektativ verhalten, bis die beim Herausnehmen stets auftretende, kurze Blutung spontan steht. Sonst Ruhe, kühles Zimmer, Liegen mit erhöhtem Kopf, kühle Speisen und Getränke (keine Alkoholica) usw. Bei R. h. chr. atrophicans Therapie wie bei Ozaena\*. Max Senator.

**Rhinitis sicca anterior.** Eigentlich nur Teilerscheinung bei Rhinitis chronica\*. *Ätiol.:* Rhinitis chronica hypertrophica\*. *Sympt.:* Zu dünnen Krusten oder Borken eingetrocknetes Sekret in vorderen Nasenteilen, durch deren Reiz langsame Entzündungserscheinungen u. allmähliche bindegewebige Umwandlung des Epithels an befallenen Partien. Geringe Atembehinderung u. leichter Kitzel. *Komplik.:* Ev. weitere Erscheinungen der allgemeinen Rhinitis chronica hypertrophica\*. *Diff.-Diagnose:* Ozaena\*, Rhinitis chronica atrophicans\* (Dünne der Krusten). *Therapie:* Wie bei Rhinitis chronica hypertrophica\* bzw. Nasenekzem\*. Max Senator.

**Rhinitis vasomotoria.** Auch Rhinitis nervosa oder Coryza vasomotoria. Vorwiegend bei allgemeiner Neurasthenie oder Hysterie. *Ätiol.:* Reizung der nasalen Nervenendigungen durch Nasenpolypen\*, Schleimhautulcerationen\*, Nasenscheidewandanomalien\* mit Berührung der gegenüberliegenden Schleimhaut (ziemlich selten, gewöhnlich zu Unrecht als Ursache angesprochen). Fremdkörper, Parasiten, heisse oder kalte Inspirationsluft. Ipecacuanhastaub. Blumen- (namentlich Rosen-) Duft. Fischgeruch. Eisenbahnstaub. Cf. Heuschnupfen. *Sympt.:* Niesanfalle wie Heuschnupfen\*; indes gewöhnlich weniger schwer u. einzelner Anfall schneller vorübergehend. *Komplik.:* Asthma nervosum\*, nasale Reflexneurosen\* (indes stets vorsichtig zu beurteilen, da oft Zusammenhang nur scheinbar). *Diff.-Diagnose:* Heuschnupfen\*. Rhinitis acuta\*. *Therapie:* Wenig aussichtsvoll. Während des Anfalles allenfalls symptomatisch mit Schnupfpulver von Renoform oder Cocain, auch Einpinseln des letzteren (cf. Rhinitis acuta). Sonst Beseitigung etwaiger Ursachen durch intranasale Operationen (Vorsicht bei Indikationsstellung). Allgemeine Behandlung etwaiger Neurasthenie oder Hysterie. Max Senator.

**Röntgendermatitis.** *Sympt.:* Nach einer Latenzzeit von einigen Tagen bis zu 3 Wochen, abhängig von Intensität der Bestrahlung u. Disposition, entstehen bei akuter R. unter starkem Jucken Erytheme, Blasen, Ulcerationen, Haarausfall. Bei chronischer R. (Ärzte, Techniker) Atrophie der Haut,

namentlich der Talgdrüsen, Hyperkeratosen (Warzen usw.), Rhagaden, hartnäckige Geschwüre, Teleangiectasien, Pigmentierung u. Marmorierung der Haut, Brüchigkeit der Nägel usw. **Komplik.:** Carcinomatöse Degeneration der Rhagaden u. Geschwüre. **Therapie:** Vorsicht bei therapeutischen Bestrahlungen (Radiometer usw.!), Schutzvorrichtungen für Ärzte u. Techniker (Blenden, imprägnierte Mäntel u. Handschuhe usw.). Über Nacht Verband mit indifferenten Salben; Unna empfiehlt hierzu Rp. Ung. Hebrae rec. parat. 35,0, Acid. salicyl. 2,5, Sapon. kalin. 2,5, Vaseline 10,0. Vor- u. nachher heisses Seifenbad ( $\frac{1}{4}$  Std.). Am Tage Zinkoxydpflastermull, mit dem bes. auch brüchige Nägel fest zu umwickeln sind. Bei Nässen Pudern mit Talcum, Amylum oder Dermatol. Bei kleineren Geschwüren ausserdem ev. Pinseln mit Jodtinktur oder Bedecken mit Salicyl-Cannabis-Pflastermull, der auch bei Rhagaden u. Schwielen gut wirkt. Sehr hartnäckige Geschwüre u. Rhagaden sind zu exzidieren. Guttman.

**Röteln. Ätiol.:** Krankheitserreger unbekannt. Inkubation 14—21 Tage. Keine Prodromalerscheinungen. Einmaliges Überstehen macht meist immun. **Sympt.:** Fieberlos oder mit geringem Fieber verlaufender masernähnlicher aber mehr kleinfleckiger, hellroter Ausschlag mit nur geringer Beteiligung der Schleimhäute. Beginn gewöhnlich im Gesicht; von da Ausbreitung in einzelnen Schüben unter Abblassen der zuerst befallenen Stellen, so dass ein Höhepunkt des Exanthems, wie bei Masern, überhaupt nicht zustande kommt. Schwellung der Cervical-, Occipital- u. Retroauriculardrüsen ev. schon vor Ausbruch des Exanthems. Dauer des Ausschlags 36—48 Std.; darnach geringe Abschilferung. Allgemeinbefinden wenig gestört. **Therapie:** Solange Fieber besteht Bettruhe. Im übrigen exspektativ. Hasenknopf.

**Rotz. Ätiol.:** Infektion mit Rotzbacillen von rotzkranken Pferden aus. Eingangspforten Hautwunden, Mund-, Nasen-, Augenschleimhaut, Lungen. Kutscher, Tierärzte usw. bevorzugt. **Sympt.:** Bei innerem R. nach Inkubation von 3—5, selten mehr Tagen schwerer septicopyämischer\* Zustand mit hohem Fieber, Schüttelfrösten, Gelenk- u. Muskelschmerzen, Gastroenteritis, Benommenheit, Milztumor usw. Bei Inhalation bronchopneumonische u. pleuritische Erscheinungen. Ausgedehnte Exantheme, auch an Schleimhäuten, bestehend aus Flecken, Papeln, Pusteln, die in Geschwüre übergehen. Meist auch subcutane u. muskuläre schmerzhaftige Knoten, die abscedieren u. ev. geschwürig zerfallen, Gelenkschwellungen (meist eitrig). Am häufigsten Knoten u. Geschwüre in der Nasenschleimhaut (ev. zuerst, wenn hier primäre Infektion) mit dünner, übel-

riechender, eitriger oder sanguinolenter Absonderung. Ev. auch im Rachen u. Kehlkopf Geschwüre. Bei Haut-R. an der Infektionsstelle Knoten, der in tiefgreifendes, speckiges Geschwür mit derben, zerfressenen, oft dunkel verfärbten Rändern übergeht. In der Umgebung oedematöse u. phlegmonöse Erscheinungen, ev. mit Blasenbildung u. Gangrän; Lymphangitis u. -adenitis. Im Anschluss meist Allgemeinerscheinungen (s. o.), namentlich auch Beteiligung der Nase. **Prognose:** Der akute R. endet meist in einigen Tagen bis 5 Wochen tödlich. Beim chronischen R., der schleichend beginnt u. sich ev. über Monate hinzieht, ca. 50% Heilungen. **Diff.-Diagnose:** Anamnese (Beruf!). Nachweis von Rotzbacillen, am besten nach Überimpfung des verdächtigen Materials in die Bauchhöhle männlicher Meerschweinchen, deren Hoden nach 2—3 Tagen anschwellen. Serodiagnostik (Agglutination). Gegenüber Pyämie, Typhus abdom., Influenza, akutem Gelenkrheumatismus, Variola Unterscheidung anfangs schwer, später Exanthem, Geschwüre, Nasenaffektion ausschlagend. Bei Syphilis u. Tuberkulose nicht so schwere Allgemeinerkrankung, ev. noch andere spezifische Erscheinungen. **Therapie:** Bei Beschäftigung mit rotzkranken Tieren peinlicher Wundschutz, nachher gründliche Desinfektion. Nach Ausbruch strenge Isolierung u. Kleiderdesinfektion, da höchst ansteckend. Frühzeitig Exstirpation von Rotzknoten u. Inzision von Abscessen mit Auskratzung u. Desinfektion der Wunden. Verätzung (mit Carbolsäure, Chlorzink usw.) oder Kauterisation von Geschwüren. Nasenspülungen mit Kal. permang. usw. Innerlich, bes. bei chronischem R., Jodkali u. Salicylsäure; Schmierkur mit grauer oder Credéscher Salbe. Im übrigen symptomatisch. Guttman.

**Rückenmarksgeschwülste.** Häufiger extramedullär (bes. intradural) als im Mark entspringend; erstere Fibrome u. Sarkome, letztere Gliome, Sarkome, Gummata, Tuberkel.

a) **Meningeale R.** **Sympt.:** Intercostalneuralgie, oft doppelseitig; Ischias; Lähmungen bei dem (häufigsten) Sitz im Dorsalmark selten (ev. Bauchmuskeln), erst bei Kompression des Rückenmarks; spastische motorisch-sensible Lähmung der Beine. Obere Sensibilitätsgrenze meist durch schmalen hypästhetischen Streifen abgegrenzt. Bei Cervicaltumoren noch dazu schlaffe degenerative Armlähmung, oft Pupillensymptome. Dauer allein des ersten neuralgischen Stadiums bisweilen jahrelang, später rascherer Verlauf.

b) **Intramedulläre R.** **Sympt.:** Beginn selten mit Schmerzen; meist schon früh Bild der Myelitis transversa oder Siringomyelie. Meist rasches Wachstum nach oben u. unten.

**Diff.-Diagnose:** Lues (Wassermann!); Wirbelcaries mit Kompression (Gibbus, Bewegungsbeschränkung), Meningitis\*

serosa circumscripta (cf. S. 360). Schmerzen sprechen für meningeale, schnelles Wachstum für intramedulläre R. Höhen-diagnose unter genauester Berücksichtigung von Sensibilitätsstörung (Schemata!) u. Reflexen meist genau möglich. **Therapie:** Operation. S. Schoenborn.

**Rückenmarksverletzungen.** *Ätiol.:* Von Traumen kommen am häufigsten schwere Kontusionen in Betracht, dann Frakturen u. Luxationen der Wirbelsäule, Stiche, Schüsse. Rückenmarksläsionen auch durch Tumoren im Wirbelkanal, durch Zusammenknicken der Wirbelsäule infolge von Tuberkulose (cf. Spondylitis, Hämatomyelie, Myelitis). *Sympt.:* Verschieden, je nach Sitz u. Ausdehnung (ganzer Querschnitt oder nur Teile desselben). Bei totaler Durchtrennung fusswärts von der Läsion vollkommene motorische u. sensible Lähmung, auch Sphincterenlähmung (Paraplegie), Verlust des Patellarreflexes. Bei partiellen Verletzungen nur Monoplegien u. teilweise Sensibilitätsstörungen (z. B. Brown-Séguard\*). Stets Motilität, Sensibilität, Reflexe, trophische u. vasomotorische Störungen genau prüfen! *Prognose:* Bei totaler Querschnittläsion schlecht, bei partieller Besserungen möglich. *Therapie:* Im wesentlichen sorgfältige Pflege. Verhüten des Decubitus\* (bei Inkontinenz auf die Dauer kaum möglich), Sorge für gute Ernährung. Aseptische Blasenentleerung (sonst Gefahr der Cystitis u. Pyelonephritis). Cf. Rückenmarksgeschwülste, Wirbelsäulenfrakturen (S. 165). Kaposi.

**Rückfallfieber.** *Ätiol.:* Infektion mit Recurrensspirillen (Obermeier), wahrsch. durch Insekten (Ornithodorosarten u. Ungeziefer) übertragen. Feine korkzieherartige, bewegliche Spirillen, 3—4 mal so lang wie Erythrocyten; nur während der Fieberanfalle im Blut. *Sympt.:* Nach 5—8 tägiger Inkubation 2—4 Fieberperioden, die erste 4—7 Tage, die späteren („Relapse“) immer kürzer; dazwischen 5—8 tägige fieberfreie Intervalle. Fieber beginnt plötzlich unter Schüttelfrost, ist kontinuierlich (bis 42°), endet kritisch mit starken Schweißen. Im Anfall starke Kopf- u. Gliederschmerzen, Wadenkrämpfe, Durchfälle. Milz bald stark vergrößert, weich, druckempfindlich; auch Infarkte u. Abscesse derselben. Leberschwellung. Manchmal atypische Exantheme (Roseola, Herpes, Petechien) u. Oedeme. In bes. schweren Fällen auch (wahrsch. hämatogener) Ikterus („biliöses Typhoid“), starke Benommenheit, Delirien, Haut- u. Schleimhautblutungen. *Komplik.:* Herzschwäche, Bronchitis, Pneumonien, Nephritis usw. *Diff.-Diagnose:* Im Beginn einer Epidemie Verwechslung mit kryptogenetischer Septicopyämie, Influenza, Malaria, Pocken, Scharlach möglich. Blutuntersuchung! Bei Typhus abdominalis u.

exanthematicus spezifische Exantheme, kein so plötzlicher Beginn unter hohem Fieber u. Schüttelfrost. **Prognose:** Mortalität ca. 3—6%, bei biliösem Typhoid 60—70%. Dauer der unkomplizierten Krankheit 2—6 Wochen. **Therapie:** Symptomatisch wie bei Typhus abdominalis, bes. Kalomel im Beginn und lauwarme Bäder. Bei biliösem Typhoid Chinin (1,0 bis 2,0 pro die). Isolierung! Desinfektion der Kleider usw.

Guttmann.

**Säuglingsernährung.** Natürliche Ernährung an der Mutterbrust jeder anderen weit überlegen. Kontraindikation nur Tuberkulose u. schwere erschöpfende Krankheiten der Mutter, nicht Lues, welche jedoch Amme ausschliesst. Ernährung der Stillenden unterscheidet sich in nichts von der gewöhnlichen (cf. Agalaktie). Eintritt der Menses u. erneute Gravidität kein Grund, das Stillen abubrechen. In den ersten 24 Stunden erhält der Säugling nichts, höchstens etwas Tee mit Saccharin, am 2. Tage 2—3, dann 5 Mahlzeiten in 24 Stunden mit ca. 4 stdg. Pausen (6—10—2—6—10). In der Nacht nichts. Bei jeder Mahlzeit immer nur eine Brust reichen u. das Kind nur solange daran lassen, als es trinkt. Nicht animieren! Im 1. Monat werden ca. 400—500 g tgl. getrunken, allmählich steigend bis zu ca. 1000 g vom Ende des 3. Monats ab. Täglich, mindestens wöchentlich Kind wiegen! Anfangsgewicht ca. 3,5 kg, Ende des 6. Monats 7 kg, Ende des 1. Jahres 10,5 kg. — Bei Ammenwahl cave Tuberkulose, Lues, Trachom, Gonorrhoe. Ammenkind mitbesichtigen u. trinken lassen, ev. die getrunkene Menge durch Wägung feststellen, woraus am sichersten auf Leistungsfähigkeit der Amme zu schliessen. Alter derselben u. auch ihres Kindes belanglos. Zweitgebärende sind sicherer. Erstgebärende jedenfalls nicht vor Ablauf der ersten 6 Wochen engagieren. Bei schwach saugendem Kinde Ammenkind mit aufnehmen, um Versiegen der Brust durch mangelhaftes Saugen zu verhüten. — Entwöhnung wird vorbereitet durch eine bereits vom 6. Monat ab einmal tgl. statt einer Milchmahlzeit zu gebende Beikost in Gestalt einer dünnen, schwach gesalzenen Fleischbrühe mit Gries, Reis oder Sago. Entwöhnung vom 9. Monat ab durch allmählichen Ersatz der Brustmahlzeiten durch Tiermilch u. langsamen Übergang zu gemischter Kost in Breiform (Zwieback, Gemüse, Kartoffeln). Dazu frische Fruchtsäfte. Fleisch erst im 2. Lebensjahre. — Zwiemilchernährung noch immer besser als künstliche bei Unterernährung infolge nicht ausreichender Brust und daher zu geringer Milchaufnahme. Anzeichen hierfür: Geringe Urinsekretion, spärlicher braungrüner Stuhl bzw. Scheinobstipation, straffe eingezogene Bauchdecken, Gewichtsstillstand bzw. -Rückgang. Einschleichen zunächst einer Tiermilchmahlzeit, ev. einer zweiten u. dritten

zwischen die Brustmahlzeiten. Möglichst enge Pfropfenbohrung! — Künstliche Ernährung, wenn irgend möglich nicht vor Ablauf der ersten 14 Tage, in denen wohl jede Mutter ihr Kind stillen kann, erfolgt mit gekochter u. verdünnter Kuhmilch. Beginn mit  $\frac{1}{3}$  resp.  $\frac{1}{2}$  Milch u. langsam steigen, wenn Gewichtszunahme ausbleibt, jedoch mit der Massgabe, dass dem Kinde in maximo (!) pro Tag niemals mehr als  $\frac{1}{10}$  seines Körpergewichts an Milch gegeben wird (Budin). Zur Verdünnung für die ersten 3 Monate dünne Schleimabkochung (Reis, Graupen, Hafergrütze), für die späteren dünne Mehlabkochung (Hafer-, Weizenmehl, Mondamin). Alles leicht gesalzen. Zum ev. Süssen Saccharin, da zunächst grundsätzlich immer nur ein Kohlehydrat als Zusatz zu verwenden ist. Erst wenn ein Kind damit nicht auskommt, dürfen wir ein zweites Kohlehydrat, am besten in Gestalt von Malzzucker (10–40 g pro Tag) zufügen. Im übrigen Zahl der Mahlzeiten 5. Grösse wie bei der natürlichen Ernährung. Über Beikost in Gestalt von Brühe u. Übergang zur gemischten Nahrung s. o. Bei fehlender Kuhmilch Ziegenmilch. Die künstlichen sterilen Milchmischungen (Backhausmilch, Gärtnersche Milch usw.) nur im äussersten Notfalle wenn Naturmilch nicht zu beschaffen, u. niemals zu lange (Barlowsche Krankheit!). Die präparierten Kindermehle sind durchaus entbehrlich. Hasenknopf.

### Säuglingsernährungsstörungen.

**Milchnährschaden** (Czerny). *Ätiol.*: Andauernde Milchüberfütterung. *Sympt.*: Gewichtsstillstand bzw. -Abnahme trotz vermehrter Nahrungszufuhr. Unruhe, oft unterbrochener Schlaf. Stuhl hell, mit grauen bis weissen Bröckeln, trocken, beschmutzt Windeln nicht, lässt sich leicht abschütteln. Blässe der Haut, Abnahme des Gewebsturgors, verminderte Agilität, Muskelschwäche (Unvermögen den Kopf zu halten) u. Muskelschlaffheit (Bauchdecken, Sichtbarwerden meteoristischer Darmschlingen). Je schlaffer die Bauchdecken, um so ernster der Zustand des Kindes. Abmagerung bis zu schwerster Atrophie. *Komplik.*: Wie bei Atrophie (s. u.). *Therapie*: Verkleinerung der Milchmenge durch Verdünnung auf  $\frac{1}{3}$  bzw.  $\frac{1}{4}$ , um schädigenden Einfluss des Fettes auszuschalten, denn die weissen Bröckel im Stuhl sind kein Casein, sondern Fettseifen (!), bedeuten also Störung der Fettverdauung. Ersatz des Fetts durch Kohlehydrate in Gestalt dünner Mondamin-, Weizen- oder Hafermehlabkochung. In schweren Fällen Zusatz von zwei Kohlehydraten als Liebig'sche Suppe (in 350 ccm Milch werden unter leichtem Erwärmen allmählich 50 g Weizenmehl eingequirlt; ferner werden in 650 ccm abgekochten Wassers 100 g Löfflunds Malzextrakt c. Kali carbon. gelöst; beide Teile werden gemischt u. unter Umrühren 3 Minuten gekocht). Eine

noch fettärmere Nahrung ist Buttermilch (frische B. wird mit 15 g Weizenmehl kalt angerührt u. bis zum Liter aufgefüllt; unter fortwährendem Rühren auf dem Feuer mehrmaliges Aufwallen u. Zusatz von 60 g Rohrzucker). Verabreichung dieser Suppen nur für 4–6 Wochen. Mehl- u. Zuckerzusatz lieber noch herabsetzen, um Überernährung (zu starke Gewichtszunahme) u. Mehlnährschaden zu verhüten. Allmählich Rückkehr zur Milch, bei Liebig'scher Suppe durch Erhöhen der Milchmenge u. Herabsetzen des Malzes, bei Buttermilch durch Ersetzen dieser durch zuerst eine, später mehrere Milch-Mehlmahlzeiten. Bei Kindern der ersten Lebensmonate, die Kohlehydrate schlechter vertragen, am besten Frauenmilch, wobei aber auch nur langsame Reparation. Bleibt Zunahme aus, Ersatz einer Brustmahlzeit durch Malzsuppe oder Buttermilch.

**Mehlnährschaden** (Czerny). *Ätiol.*: Wochenlange Ernährung mit Mehlabkochungen ohne oder mit zu geringem Milchzusatz, oder mit Kindermehlen, die durch falsche Reklame als vollwertiger Ersatz der Muttermilch angepriesen werden. *Sympt.*: Anfängliches Wohlbefinden täuscht Mutter u. oft auch Arzt über den sich vorbereitenden Schaden hinweg; Kinder sehen gut aus, sind agil. Stuhl braun, locker, von saurer Reaktion. Guter Panniculus adiposus, straffer Turgor. Allmählich aber Hypertonie der Muskeln (schon Ausdruck schwerer Schädigung), Blässe, Apathie, Gewichtsstillstand; Haut fühlt sich teigig an, Turgor sinkt; Abmagerung bis zur Atrophie. Tod meist vorher durch **Komplik.** sekundär septischer Art: Bronchopneumonie, Otitis media, Furunkulose, Colicystitis u. a., da natürliche Immunität intensiv geschädigt. *Therapie*: Frauenmilch meist einzige Rettung. Langsame Reparation. Bei künstlicher Ernährung Beschränkung der Kohlehydrate auf ein Minimum. Tiermilch in der Hälfte der sonst dem Kinde zukommenden Menge. Ev. Sahneverdünnungen. Nebenbei Tee mit Saccharin.

Nicht immer kommt es zur vollen Ausbildung dieser Nährschäden, u. namentlich in der heissen Jahreszeit führt ungeeignete Ernährung der bereits in ihren Ernährungsfunktionen geschädigten Kinder zu akuten Störungen:

**Dyspepsie der Flaschenkinder.** *Ätiol.*: Überfütterung durch zu häufig bzw. zu viel auf einmal gereichte ev. auch unzureichende Nahrung, saure Gärung des Mageninhalts bes. des Zuckers unter Bildung niederer den Darm reizender Fettsäuren. *Sympt.*: Appetitmangel, Erbrechen, häufige intensiv sauer riechende u. reagierende Entleerungen dünnen, schleimigen, gelb, bald grün gefärbten Stuhls, Unruhe, Schmerzen (Anziehen der Beine an den Leib) infolge vermehrter Peristaltik. Wundwerden der Aftergegend, leichte Temperaturschwankungen, Ge-

wichtsstillstand bzw. -Rückgang, jedoch keine Störung des allgemeinen Stoffwechsels. **Therapie:** Entleerung u. Ruhigstellung von Magen u. Darm durch 24 stdg. Teediät (Saccharin). Bei heftigem Erbrechen ev. Magenausspülung mit 1% Karlsbader Salz. Nach Erscheinen des Hungerstuhls (geringe dunkelgefärbte, gleichmässig gebundene Entleerung) 3—5 Tage dünnen Schleim resp. dünne Mehlabkochung (Saccharin). War die Erkrankung unter mehl- bzw. zuckerhaltiger Nahrung erfolgt, dagegen Kuhmilchmolke (1 l Milch mit 1 Teelöffel Pegnin versetzt, im Wasserbade auf 40° erwärmt, 1/2 Stunde darin gelassen, durchgeseiht u. aufgekocht). Später unter vorsichtigem Zusatz von Milch zur Mehlabkochung resp. Molke langsames Übergehen zu der dem Alter entsprechenden Milchnahrung. Bei Molken schliesslich allmählicher Ersatz dieser durch Schleim bzw. Mehlabkochung, da ohne Kohlehydrate Gewichtszunahme ausbleibt.

**Alimentäre Intoxikation** umfasst die schwereren Formen der Ernährungsstörung in Gestalt einer mit Alkali- u. Wasserverarmung des Körpers einhergehenden, durch gestörten Kohlehydrat- (Zucker!) u. Fettabbau bedingten Säurevergiftung. Auftreten scheinbar plötzlich oder an Dyspepsie anschliessend. **Ätiol.:** Cf. Dyspepsie, da beide nur durch Intensität verschieden. Ausserdem Funktionsherabsetzung der Verdauungsorgane durch heisse Jahreszeit, gelegentlich auch Zersetzung der Milch durch Bakterien. **Sympt.:** Schwere Störungen des Stoffwechsels u. des Allgemeinbefindens: Gesicht blass, eingefallen, maskenartig starr. Apathie wechselt mit Schreckhaftigkeit. Grosse oder Säure-Atmung, alimentäres Fieber. Zuweilen Nackensteifigkeit u. klonisch-tonische Zuckungen der Extremitäten, Krämpfe (Hydrocephaloid). In den früher als Enterokatarth resp. Cholera infantum bezeichneten Fällen Erbrechen und massenhafte Entleerungen, erst fäkulant u. sauer, später reiswasserähnlich, spritzend, neutral resp. alkalisch. Durch die enorme Wasserverarmung rapide Abnahme des Körpergewichts, Stehenbleiben erhobener Hautfalten, Urin spärlich (Eiweiss, Zucker), ev. Anurie. Absinken der Bauchdeckenspannung, Erlöschen der Reflexe, Cyanose u. Versagen der Zirkulation (am Herzen nur ein dumpfer Ton hörbar). **Diff.-Diagnose:** Hydrocephaloid kann Meningitis vortäuschen; hier jedoch Fontanelle gespannt, Leib bretthart u. eingezogen, dort Fontanelle eingesunken, Leib aufgetrieben u. weich. **Therapie:** Aussetzen jeder Nahrung 24—48 Std. Kochsalz u. Natr. bicarb,  $\text{aa}$  1,0 auf 1 l Wasser bzw. Tee als Klysma oder per os. Physiolog. (0,9%) Kochsalzlösung 1—2  $\times$  tgl. 120—150 g u. Kampfer 0,1—0,2 zwei bis dreistdl. subcutan. Bei Kollaps-temperaturen Wärmflaschen, bei Fieber kalte Einpackungen.



Nach Beseitigung der schwersten Vergiftungserscheinungen 3—5 Tage Molken (s. o.) rein oder mit Wasser verdünnt  $5 \times$  tgl., Schleim nur falls Kohlehydratschädigung mit Bestimmtheit auszuschliessen. Beim Übergang zur Nahrung cave Fett u. Zucker! Daher als Zusatz zunächst nur entfettete resp. abgerahmte Kuhmilch, auch Frauenmilch gegebenenfalls nur entfettet (Centrifuge). Neuerdings Eiweissmilch (Finkelstein-Meyer) empfohlen, die sofort nach dem Hungertag in Dosen von ca. 200 g pro die gegeben werden darf (1 l Milch wird mit Lab versetzt, das abgehobene Gerinnsel mit  $\frac{1}{2}$  l Wasser mehrmals durch ein Sieb getrieben, um es in Suspension zu bekommen, u.  $\frac{1}{2}$  l Buttermilch zugesetzt). Allmählicher Übergang zur vollwertigen Nahrung darf nur unter Kontrolle des Thermometers geschehen u. Gewichtstillstand in der Rekonvaleszenz nicht dazu verleiten, Amme oder die gut vertragene Nahrung zu wechseln oder gar noch zuzulegen wegen Gefahr des Rezidivs. Der Darm befindet sich eben noch im Stadium der Reparation.

**Atrophie** (alimentäre Dekomposition Finkelsteins). Meist an vorhergehende Ernährungsstörungen (Dyspepsie usw.) anschliessende tiefgreifende Stoffwechselsstörung in Gestalt fortschreitender Herabsetzung der Toleranz gegen Nahrung. Anfangs nur das Fett betreffend, wird sie allgemein u. erstreckt sich schliesslich auch auf die Muttermilch. **Sympt.:** Anscheinend trotz genügender, in Wahrheit aber infolge zu grosser die Toleranz überschreitender Nahrungsaufnahme unaufhaltsamer Körperschwund, dazwischen Zeiten mit Gewichtstillstand. Entleerungen meist wenig verändert. Greisenhaftes Aussehen, extremste Abmagerung. Tod meist durch **Komplik.:** Pneumonien, septische Infektionen (Athrepsie Parrots), Hirnhaut- u. Nierenentzündungen, ev. auch alimentäre Intoxikation. **Therapie:** Nur in den ersten Anfängen kann durch starke Nahrungsherabsetzung Einhalt geboten werden. Künstliche Ernährung (cave Fett u. Zucker!) nur in leichten Fällen u. nutzlos, wenn sich nicht in einigen Tagen Gewichtskurve u. Darmfunktion bessern. Dann nur noch Rettung an der Brust möglich bei Verabreichung kleinster Mengen (100, 50, selbst 20 g pro Tag). Zulegen erst, wenn Gewichtskurve sich hebt. Daneben Deckung des Flüssigkeitsbedarfs durch Tee (Saccharin). Schutz vor Infektion u. unnötigem Wärmeverlust.

**Verdauungsstörungen der Brustkinder.** **Ätiol.:** Überernährung. **Sympt.:** Unruhe, Flatulenz, vermehrte Stühle schleimig u. von grüner Farbe mit weissen oder gelben aus Fettseifen bestehenden Schollen. Erbrechen. **Therapie:** Regelung der Nahrungsaufnahme, Verkürzung der Trinkzeit. Kein Ammenwechsel.

Cf. die besonderen Artikel Enteritis follicularis, Erbrechen, Obstipation. Hasenknopf.

**Salpetrigsäurevergiftung.** Meist gewerblich durch Inhalation. *Sympt.:* Im allgemeinen wie bei Chlorvergiftung. Zuweilen aber erst nach Stunden Cyanose, Lungenoedem; auch Augenerkrankungen bis zur Erblindung. Blut teerartig dunkel, schwach alkalisch, leicht gerinnend. Ev. Methämoglobinämie. *Therapie:* Frische Luft, Einatmung von Wasserdämpfen u. Sauerstoff. Aderlass u. Kochsalzinfusion. Narkotica u. Excitantia, Behandlung des Lungenoedems usw. Guttman.

**Salpingitis.** Katarrhalische oder eitrige Entzündung der Tuben. Cf. Pyosalpinx. *Ätiol.:* Ascension von Mikroben durch den Uterus (Gonorrhoe, Puerperalfieber), oder Descension aus der Peritonealhöhle (Tuberkulose). *Sympt.:* Drückende u. stechende Schmerzen in der befallenen Seite, unter Umständen geringe peritoneale Reizerscheinungen, geringes Fieber u. Pulssteigerung. Bei Palpation befallene Seite ausserordentlich druckempfindlich, die Tube verdickt. Bei Erkrankung der rechten Tube ev. Druckempfindlichkeit am Mc Burneyschen Punkte (Verwechslung mit Appendicitis!). Dauernde Sterilität kann bei abgelaufener (bes. gonorrhöischer) Salpingitis bestehen bleiben. *Therapie:* Bei akuten Fällen rein exspektativ; Ruhe, Priessnitz, ev. Eisblase im Beginne. Später warme Umschläge, Glühlicht-Bestrahlungen, warme Scheidenspülungen, resorbierende Scheidentampons. Bleiben schmerzhaft Adhäsionen oder unerwünschte dauernde Sterilität zurück, so ist operativ einzugreifen. Fromme.

**Santoninvergiftung.** Arzneilich, bes. bei Kindern. *Sympt.:* Gelbsehen, Schwindel, Benommenheit, Zittern, Krämpfe (ev. Zwerchfell beteiligt), starke Temperaturerniedrigung; Harn grünlich gelb, auf Alkalizusatz purpurrot. *Therapie:* Magenspülung, Brech- u. Abführmittel. Gegen die Krämpfe Narkotica, ev. Narkose. Wärmflaschen. Guttman.

**Saprämie im Wochenbett.** *Ätiol.:* Die in jedem Wochenbett in den Uterus ascendierenden Scheidenkeime können in letzterem unter günstigen mechanischen Verhältnissen (Retention von Eihäuten, Placentarteilen oder grösseren Blutcoagulis usw.) starke Fäulnis hervorrufen, wodurch infolge der Aufnahme der gebildeten Toxine Fieber entsteht. *Sympt.:* In der zweiten Hälfte der ersten Woche p. p. Temperatursteigerungen (bis 39° u. höher), die sogar mit geringem Frost beginnen können. Dabei Puls auffallend ruhig, stärkeres Krankheitsgefühl kann fehlen. Uterus meist schlecht zurückgebildet, aber nicht empfindlich. Ausfluss reichlich, in ihm alle möglichen Arten von Bakterien. *Therapie:* Beseitigung der Ursachen. Bei Retention von Placentarteilen, Blutungen u. Fieber müssen Reste entfernt werden; am besten mit dem Finger.

Bei Retention von Eihäuten oder Blutgerinnseln genügt meist heisse Uteruspülung. Daneben Ergotin innerlich, Eisblase auf den Leib. Alle sonstigen intrauterinen Eingriffe sind zu unterlassen.

Fromme.

**Scabies.** Das Weibchen der Krätzmilbe (ca. 0,45 mm lang) dringt mit seinem Kopfe voran schräge in die Epidermis und von da in das Rete, wo es als Fremdkörper wirkend ein kleines Bläschen erzeugt. Dasselbe trocknet bald ein u. wird durch den Kot der Milbe schwärzlich; die Milbe dringt weiter u. erzeugt wieder ein helles weisses Bläschen. So findet sich am Anfange des 1—2 cm langen Ganges ein schwarzer Punkt, dann folgen mehrere durch normale Epidermis getrennte kleine Knötchen u. am Endpunkte eine kleine, etwas tiefer gelegene weisse Stelle, in der die Milbe zu finden ist. Starke Ausbreitung, da sich aus den Eiern neue Milben entwickeln u. diese wieder neue Gänge bohren. Übertragung von Mensch zu Mensch oder von Tieren (Pferd, Hund, Kaninchen), hauptsächlich in der Wärme. Prädispositionsstellen: Interdigitalfalten, Phalangealgelenke, Beuge-seite der Handgelenke, Streckseite des Ellbogengelenks, Mamma, Epigastrium, Penis, Scrotum, Lenden, Nates, Innenfläche der unteren Extremitäten. *Sympt.:* Starkes Jucken, bes. im Bett; sekundär infolge des Kratzens heftige Ekzeme. *Diagnose:* Konstatierung der Milbengänge, am sichersten durch mikroskop. Nachweis der Milben. Bei Ekzemen wichtig die Lokalisation (s. o.). *Therapie:* Mehrere Abende gründliches Einreiben an den bezeichneten Stellen mit Perubalsam oder noch besser dem nichtriachenden Peruol, 20% Schwefelsalbe, Naphtholsalbe (Rp. Naphtholi, Cretae alb. aa 10,0, Sapon. virid. 50,0, Vaseline 100,0) oder Wilkinsonscher Salbe; erst nach 4 bis 5 Tagen Baden, um das Ekzem nicht zu reizen.

M. Joseph.

**Schädeltumoren.** Gutartige der Weichteile, Fibrome, Lipome (sehr selten), Angiome, Dermoide, Atherome, verhalten sich so wie an anderen Körperstellen. Bösartige, Fasciensarkome u. Carcinome, werden bald durch Verwachsung mit der Umgebung unbeweglich. Carcinome exulcerieren leicht, bluten dann oft heftig. Metastasen in Hals- u. Nackendrüsen. Von Knochentumoren am wichtigsten die Osteome (gutartig, selten), Sarkome. Letztere gehen von der Dura aus u. durchwuchern den Schädel, oder von den Schädelknochen selbst. Beide Formen sind rasch wachsende allmählich ulcerierende Tumoren. *Diff.-Diagnose:* Bei allen Schädeltumoren an Meningocele denken, ferner an Metastasenbildung, namentlich nach malignen Strumen Nebennieren- u. Prostata-tumoren, die alle gerne Knochenmetastasen machen. *Therapie* der bösartigen Tumoren: So früh als möglich Exstirpation. Bei Beteiligung der Knochen diese mit zu entfernen. Cf. Gehirngeschwülste.

Kaposi.

**Schädelverletzungen.** Diagnose, Prognose, Therapie wesentlich abhängig davon, ob Gehirn intakt oder mitverletzt.

1. **Ohne Beteiligung des Gehirns,** durch reine Stich-, Schnitt-, Hieb-, Quetschwunden usw., so zu beurteilen u. zu behandeln wie überall am Körper. **Therapie:** Sorgfältige Reinigung der Wundumgebung, am behaarten Kopf stets Abrasieren der Haare in weiter Ausdehnung, Blutstillung, gequetschte Teile am besten abzutragen. Naht nur bei ganz frischen glatten Wunden erlaubt. Alle Taschen u. Unterminierungen spalten u. drainieren, damit Sekrete guten Abfluss haben. Bei jeder Schädelverletzung sollen die Wundränder mit Wundhaken auseinander gehalten werden, damit man sehen kann wie tief die Wunde reicht. So wird ein oft folgenschweres Übersehen einer Knochenläsion nicht vorkommen. Niemals Sondieren! Reicht Wunde bis auf den Knochen, so ist auf Fissuren u. vor allem Depressionen des Knochens zu achten. Reine Fissuren konservativ behandeln. Depressionen stets, auch bei vollständigem Fehlen cerebraler Symptome, durch aseptische Trepanation beheben!

2. **Mit Hirnsymptomen.** a) Leichte äussere Wunden mit Gehirnerschütterung, also Bewusstlosigkeit, Erbrechen, Pulsverlangsamung. **Therapie:** Nach Untersuchung u. Behandlung der äusseren Wunde, Bettruhe u. Abwarten (s. Gehirnerschütterung). b) Neben der Hirnerschütterung ev. direkte Gehirnläsion durch eingedrückte Knochen, Blutextravasate, Durazerreissung, Hirnvorfall. Hierbei vielleicht vorübergehender Bewusstlosigkeit lokalisierte Lähmungen bis Hemiplegien, Krämpfe. **Therapie:** Immer Trepanation u. Beheben der Depression, Entfernen von Knochensplintern u. Fremdkörpern bzw. Ausräumen des Blutextravasates u. Blutstillung. Lockere Tamponade. Auch ohne äussere Verletzung können nach mehreren Stunden u. Tagen durch allmählich sich vergrösserndes Blutextravasat die Symptome des zunehmenden Gehirndruckes\* Trepanation erfordern.

3. **Basisfraktur.** Mit oder ohne äussere Läsion vorkommend. **Sympt.:** Beweisend ist Ausfliessen von Liquor cerebri oder Hirnmasse aus Ohr, Nase, akute Lähmung von Facialis u. Akustikus. Sehr wahrscheinlich ist Basisfraktur bei Blutaustritt aus Nase, Mund, Ohr u. schwerem progressivem Hämatom der Augenhöhle mit Suffusion der Lider. **Therapie:** Ev. äussere Verletzung nach obigen Regeln behandeln. Basisfraktur an sich erfordert nur absolute Ruhe (Vermeidung jeder Erschütterung des Körpers), höchstens aseptische, lockere Tamponade des Ohres, der Nase, die oft zu wechseln ist. Keinesfalls

Ausspritzung von Ohr u. Nase! Sorge für Stuhlgang. Ev. Eisblase auf Kopf, Schlafmittel zu Morphinum. — Cf. Frakturen. Kaposi.

**Scharlach. Ätiol.:** Übertragung direkt, durch Mittelspersonen oder Gebrauchsgegenstände (Kleider, Spielzeug, Briefe). Ansteckung schon vor Ausbruch des Exanthems u. noch monatelang nach Abheilen desselben möglich. Einmaliges Überstehen macht immun, zweimaliges Erkranken selten. Säuglinge bis zum 6. Monat bleiben meist verschont. Scharlachgift sehr hartnäckig, haftet oft Wochen in den Räumen und trotz jeder Desinfektion. Inkubation wenige Stunden bis zu 20 Tagen, gew. 2—4 Tage. **Sympt.:** Erbrechen in vollem Wohlsein, glühende Wangen, rascher Puls (180—200), hohes Fieber. Starke Halsbeschwerden: Gaumensegel u. -Bögen feinsprenklig oder diffus gerötet, jedoch immer scharf nach oben abgegrenzt, Tonsillen rot u. geschwollen, oft mit streifigem, weisslich gelbem Belag bedeckt. Erdbeer- oder Scharlachzunge. 12—24 Std. später Ausbruch des Exanthems, zuerst am Halse oder Innenfläche der Oberschenkel. Ausbreitung gew. an einem Tage auf Brust, Rücken, Unterleib, zuletzt Extremitäten in Gestalt diffuser Rötung, bestehend aus dichtgedrängten roten Pünktchen. Mund u. Nasendreieck, Handflächen u. Fusssohlen frei. Ev. Hautblutungen. Bei leichtem Verlauf frieselerartige Beschaffenheit (Sc. miliaris). Typischer Fieberverlauf: Maximum (40° und darüber) schon am ersten Tage, Continua über 3—4 Tage, dann lytischer Abfall. Am 6. Tage Beginn der Desquamation grosser Hautlamellen mit oft starkem Juckreiz und Beginn der Rekonvaleszenz. — Während leichte Fälle (für Übertragung bes. gefährlich!) oft nur mit leichter Angina u. ohne Exanthem verlaufen, führt *Scarlatina gravissima* oft in wenigen Stunden zum Tode: Anhaltende Delirien, tiefes Koma, grosse Atmung (Acetongeruch). Ausschlag meist nur wenig entwickelt oder von dunkler cyanotischer Farbe. Zunge trocken u. fuliginös. Unwillkürlicher Abgang von Stuhl (dünnflüssig) u. Urin (Eiweiss, Cylinder, Diazo). Herzinsuffizienz. **Therapie** des unkomplizierten Sch. hygienisch-diätetisch. Bettruhe mindestens 3, Zimmeraufenthalt 6 Wochen. Zimmer hell u. kühl (16—17° C). Leichte Bedeckung. Vorwiegend Milchdiät, ev. mit Zusatz von Kaffee, Kakao, Vanille. Wenn möglich tgl. ein laues Bad, sonst Waschungen. Peinlichste Mundpflege durch häufiges Gurgeln od. Ausspritzen mit essigs. Tonerde. Bei Juckreiz Einreiben mit Rp. Thymol 0,5, Acid. carbol. 2,0, Vaseline. flav. ad. 50,0. Bei hohem Fieber reichlich kühlendes Getränk (Zitronenlimonade) u. kalte Rumpfaufschläge, ev. 4—6 mal in der Stunde zu wechselnde Packungen. Bei Sc. gravissima kalte Übergiessungen im warmen Bade.

Reichlich Kampfer. Alkohol per os oder als Klyisma. Ev. Schlundsondenernährung.

Im wesentlichen auf Streptokokkenwirkung zurückzuführen sind die **Komplik.** des Scharlachs:

**Scharlachdiphtheroid.** Meist um den 4. Tag Bildung gelber, zusammenhängender u. zu Gewebnekrose führender Membranen auf den Tonsillen. Ev. ausgedehnte Geschwürsbildung u. Zerstörung eines grossen Teils der Rachenorgane. Durch Infektion der Lymph- u. Blutbahnen sekundär Sepsis, Phlebitis der V. jug. ext. mit Thrombenbildung, Arrosion der grossen Halsgefässe, multiple eitrige Gelenkentzündungen, eitrige Entzündung der serösen Häute. **Therapie:** Ausspritzen des Mundes mit Rp. Ammon. sulfoichthyl. 10,0, Aq. dest. ad 200,0. Ferner Injektionen von 0,5 ccm 3% Carbolsäurelösung in jeden Gaumenbogen 2 × tgl. mittelst Taubescher Kanüle (med. Warenhaus). Di-Heilserum zwecklos. Alkohol in grossen Dosen u. Kampfer.

**Scharlachnephritis.** In der 3. Woche der Erkrankung, auch nach scheinbar leichten Fällen, vorwiegend hämorrhagischer Art mit hohem Eiweissgehalt, Hydrops, ev. Anurie u. Urämie. Häufig fieberhaft. Komplik. mit Pleuritis, Pneumonie, Perikarditis u. Herzschwäche nicht selten, Herzdilatation u. -Hypertrophie oft schon nach kurzer Zeit. Dauer Wochen bis Monate. Übergang in intermittierende, orthotische Albuminurie (S. 12) oder chron. Nephritis nicht selten. **Therapie:** Milchdiät u. strikte Bettruhe. Bei Sinken des Urins unter 500 ccm 2—3 Blutegel auf jede Nierengegend, Nachbluten u. aufsaugender Verband. Ferner heisses Bad mit nachfolgender schweisstreibender Einwicklung. Zur Unterstützung Rp. Pilocarp. hydrochlor. 0,02, Aq. dest. ad 50,0, S. 10 ccm zu Beginn der Einpackung innerlich (nicht subcutan) zu geben. Bei Urämie\* Aderlass (Entfernung des 10. Teils der Blutmenge) mit anschliessender Kochsalzinfusion. Im übrigen symptomatisch.

Entzündung der Halslymphdrüsen von einfacher Schwellung bis zur sog. Angina Ludovici (S. 466), Otitis media mit oft ausgedehnten Zerstörungen des Mittelohrs (S. 425), Gelenkrheumatismus, Typhoid, Kombination mit Purpura, Varicellen, Diphtherie u. Masern werden nach den hierfür gültigen Regeln behandelt. — Cf. Vierte Krankheit.

Hasenknopf.

**Scheidencarcinom.** Meist sekundär in kontinuierlichem oder auf dem Lymphweg übermitteltem Anschluss an ein Portio- oder Rectumcarcinom (Platten- bzw. Cylinderzellen-C.), zumeist in der hinteren Wand am Übergang zur Portio als Tumor oder Geschwür auftretend. **Ätiol.:** Unklar; in einzelnen Fällen wahrscheinlich längeres Tragen von Pessarieren. Ältere Frauen, die geboren haben, bevorzugt. **Sympt.:** Blutungen

bes. nach der Kohabitation; „fleischwasserähnliche“ schleimig-eitrig mitunter jauchige Sekretion, oft in Verbindung mit brennendem Schmerz. Ev. das ganze Scheidenrohr in Krebsgeschwür, das die Blase u. Mastdarm durchbrechen kann, umgewandelt. **Komplik.:** Schwangerschaft (cf. S. 191). **Diff.-Diagnose:** Syphilitische Tertiäraffektionen u. Syncytioma malignum\* (mikroskopische Untersuchung!). **Therapie:** Exstirpation der Scheide u. des Uterus mit gründlicher Wegnahme der benachbarten Weichteile u. der Drüsen vom Abdomen, von der Vagina oder vom Damm aus. Inoperable Sch. nicht lokal behandeln (keine Spülungen u. ä.); Morphium in steigenden Dosen.

Kayser.

**Scheidenvorfall.** **Ätiol.:** Nicht völlig geklärt, primär wahrscheinlich Leistungsunfähigkeit der Ligamentsmuskulatur. Ungenähte Dammrisse 1 u. 2 Grades; Überdehnung oder subcutane Zerreiſung der Beckenbodenmuskulatur; mangelhafte Zurückbildung nach ungenügendem Wochenbett; Ascites; Fettschwund im Senium (Wechseljahre), Retroflexio. **Sympt.:** Vorderes Scheidengewölbe fällt meist zuerst vor; Blase buchtet sich in den Vorfall hinein (Cystocele). Das zunächst in normaler Höhe stehende hintere Scheidengewölbe tritt sekundär, mitunter unter gleichzeitiger Ausbuchtung des Rectums (Rectocele) in den Vorfall hervor, während Fundus bei starker Ausziehung des Collum (Elongatio uteri) in normaler Höhe stehen bleibt. Später Retroversio bzw. Retroflexio uteri. Längere Zeit prolabierte Teile zeigen neben hautähnlicher Beschaffenheit oft multiple Geschwürsbildung u. werden infolge venöser Stase oder entzündlicher Adhäsionen irreponibel. Subjektiv: Offenstehen der Scheide, Gefühl eines Fremdkörpers in der Rima; erschwerte Miktion oder unwillkürliche Urinentleerung, ev. erschwerte Defäkation. Bei primärem akut entstehenden Uterusprolaps shockartige Erscheinungen. Bei Schwangerschaft ziehen sich, wenn Gravidität nicht vorzeitige Unterbrechung erfährt, die vorgefallenen Scheidenwände in die Höhe. **Diff.-Diagnose:** Fibrom der Vagina; Cervixpolypen; angeborene Hypertrophie der Portio\* (cf. Metritis). **Therapie:** Prophylaktisch rationelle Leitung der Geburt, korrekte Wochenbettdiätetik; auch kleine Dammrisse\* sind zu nähen. Bei geringgradigen frischen Senkungen kalte adstringierende Ausspülungen (Alaun 20, Alkohol 50, Aq. 1000); zeitweiliges Einlegen eines Mayerſchen Rings; längere Bettruhe, Verbot des Pressens. Bei Prolapsen Ringbehandlung prinzipiell unrichtig. Massage nach Thure Brandt nur in vereinzeltten Fällen erfolgreich, daher operative Behandlung durch Spezialisten geboten. Prinzip: Scheidenverengernde Eingriffe (Kolporraphia ant. et post.), verbunden mit ausgedehnter Abschiebung u. Zurücknähung der Ausbuchtung

der Blase ev. des Rectums (Myorrhaphie des Levator ani) sowie mit einer antefixierenden Methode (Alexander-Adams u. Ventri-  
fixur, am besten nach Olshausen); vaginale Fixur u. ihre  
Modifikationen nur bei Frauen in u. nach dem Klimakterium.  
Bei Verweigerung der Operation, bei Greisinnen u. kranken  
Frauen (Struma, Herzfehler usw.) Menge'sche Keulenpressare oder  
Hysterophore. Kayser.

**Schlaflosigkeit.** Abgesehen von der Sch. durch Schmer-  
zen u. Fieber, findet sich Sch. als Begleitsymptom bei vielen  
Psychopathien (Delirium, Cocainismus u. Morphinismus, Melan-  
cholie, Paranoia) u. besonders häufig, bisweilen fast mono-  
symptomatisch, bei Neurasthenie. Meist Einschlafen erschwert,  
seltener Erwachen zu früh, zu geringe Schlafiefe (Halbschlaf),  
leichter Erwachen, oft schreckhaftes Zusammenfahren. Bei  
Pavor\* nocturnus der Kinder können Würmer, adenoide Vege-  
tationen eine Rolle spielen. Auch Träume, Angstzustände,  
peristaltische Unruhe stören bei Disponierten den Schlaf. Bis-  
weilen sicher Stoffwechselstörungen Ursache (Fieber, Über-  
trainiertsein, Übermüdung). Beim Erwachen häufig psycho-  
motorische Hemmungen (Abasie), Gefühl von Spaltung der  
Persönlichkeit usw. **Therapie:** Regulierung der Lebensweise,  
frühes Zubettgehen mit oder ohne früheres Aufstehen bzw.  
Weckenlassen, Vermeidung geistiger Arbeit, genügende Be-  
wegung am Tage. Laue protrahierte Vollbäder, heisse oder  
kalte Fussbäder oder kalte Einpackung vor dem Schlafengehen,  
Anziehen nasser Strümpfe beim Schlafengehen. Galvanisation  
des Kopfes, Hochfrequenzströme bisweilen nützlich. Zweck-  
mässig oft völlige Änderung der Lebensweise u. namentlich  
Klimawechsel (Mittelgebirge, bisweilen auch Seeklima; fast nie  
Hochgebirge!). Suggestion u. Hypnose wichtig. — Schlafmittel  
(Rp. 109 ff.) bei chronischen Fällen möglichst hinausschieben,  
bei akuten unbedenklich verwenden. Ziemlich frei von Neben-  
wirkungen sind Veronal, Trional, Medinal, Neuronal, Sulfonal,  
die Brompräparate (Erlenmeyers Bromwasser, Bromural 0,5  
bis 0,6), bes. in Verbindung mit Baldriantee. Trotz guter  
Schlafwirkung sind Paraldehyd, Amylenhydrat wegen des  
schlechten Geschmackes, Chloralhydrat wegen seiner Giftigkeit  
weniger empfehlenswert. Morphin besser zu vermeiden, ausser  
wo wegen Schmerzen notwendig; hier wirken auch schlaf-  
machend Aspirin, Pyramidon (0,5). S. Schoenborn.

**Schlottergelenk.** *Ätiol.:* Lähmung sämtlicher Muskeln  
des Gelenkapparates aus centralen oder peripheren Ursachen  
(= paralytisches Sch.). Ferner nach Resektionen, sei es, dass  
zu viel Gewebe fortgefallen, sei es, dass die Nachbehandlung  
nicht genügend für Schlussfestigkeit des Gelenks gesorgt hat.



**Sympt.:** Normale Spannung der Kapsel u. Schlussfestigkeit der Gelenkenden ist verloren, daher Gelenkenden nach allen Richtungen u. abnorm weit beweglich; teilweise oder völlige Unbrauchbarkeit des Gelenks, abnorme Stellungen wie Luxationen bzw. Subluxationen. **Therapie:** Verkürzung der Kapsel; Anfrischen der Gelenkenden, um mit Knochennaht oder Nagelung Ankylose in guter Stellung zu erreichen. Beim paralytischen Sch.: Ersatz der gelähmten Muskeln durch Plastik, Überpflanzung normaler.

**Schlaffes Gelenk: Ätiol.:** Langandauernder Erguss, der Kapsel abnorm lange ausdehnt; permanente Extension. **Sympt.:** Ungenügende Fixierung des Gelenks; so sind z. B. im Kniegelenk bei Streckstellung ab- u. adduzierende Bewegungen möglich, wodurch Unsicherheit beim Gehen, Treppabsteigen usw. **Therapie:** Lange Zeit Bindeneinwicklung, wenn ohne Erfolg kurze Doppelschiene, die seitliche Bewegungen hindert.

Leser.

**Schlundkrämpfe. Ätiol.:** Lyssa\*; daneben von untergeordneter Bedeutung Hysterie (Globus hystericus, s. a. Paræsthesia Pharyngis\*); vereinzelt Paralysis agitans\*, Trigeminausreizung (Tic convulsiv). **Sympt.:** Bei Lyssa\* schwerste klonische, selten tetanische Konvulsionen der gesamten Schlundmuskulatur beim Trinkversuch, selbst beim Anblick oder dem Gedanken an Wasser; trotzdem quälender Durst. Speichel kann nicht geschluckt werden, wird überallhin ausgespien. Bei den anderen Affektionen untergeordnete leichte Zuckungen oder Mitbewegungen. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens.

Max Senator.

**Schlundlähmung.** Gewöhnlich gleichzeitig mit Gaumensegellähmung\*. **Ätiol.:** Sehr selten vorangegangene Diphtherie\* oder Angina\*, wo periphere Neuritis, fast ausschliesslich centrale Ursachen, wie Bulbärparalyse\*, luetische, hämorrhagische, thrombotische, embolische usw. Hirnherde. Tabes u. a. m. **Sympt.:** Behinderung bis Unmöglichkeit des Schluckaktes, so dass feste Speisen (bei totaler Lähmung sogar Flüssigkeiten) auf Zungengrund liegen bleiben oder in Luftwege geraten, bzw. bei gleichzeitiger Gaumensegellähmung in Nasenrachen u. Nase. Sprachstörungen verschiedenen Grades. **Komplik.:** Husten- u. Erstickungsanfälle wegen Fehlschluckens. Sonstige Symptome des ev. Grundleidens wie Stimmband-\* u. Zungenlähmungen. Bei der sehr seltenen postdiphtherischen usw. Form wie bei Gaumensegellähmung\*. **Diff.-Diagnose:** Periphere oder (fast ausschliesslich) centrale Lähmung. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens. Halbweiche oder flüssige Nahrung in kleinsten Mengen mit längeren Pausen; bei totaler Lähmung durch

Schlundsonde. Bei postdiphtherischer usw. Form wie Gaumensegellähmung\*.

Max Senator.

**Schnellender Finger.** Erschwerung der willkürlichen Bewegung u. plötzliches Einschnappen des Fingers aus irgend einer Beuge- bzw. Streck-Stellung, wie ein Taschenmesser; bes. im 1. Interphalangealgelenk. Ursachen: Unebenheit der Gelenkfläche, Verdickung der Sehne u. Verengung der Sehnen-scheide. *Ätiol.:* Profession, arthritische Neigung. *Sympt.:* Wenn bei Bewegungen die Flächen über die Unebenheit fortgleiten oder die Verdickung der Sehne durch die Verengung tritt, dann tritt unter Behinderung der Bewegung das überraschende Einschnappen auf. — *Therapie:* Pinselung mit Jodtinktur, Massage, medico-mechanische Übungen; wenn ohne Erfolg, dann Eröffnung des Gelenks bzw. der Sehnen-scheide u. Beseitigung des Hindernisses.

Leser.

**Schusswunden.** Stets Einschuss, Ausschuss, Schusskanal, bei fehlendem Ausschuss Sitz des Geschosses beachten. *Sympt.:* Hängen ab von Entfernung, Durchschlagskraft, Deformierung des Projektils (z. B. hochgradige Sprengwirkung der Dum-Dumgeschosse), dann vom getroffenen Organ, wegen Summation der Geschosswirkung mit der hydrodynamischen Sprengwirkung bei Organen wie Gehirn, Eingeweide, Niere u. a. *Therapie:* Stets unbedingt sofort nötig Stillung lebensbedrohender Blutungen u. bei Halsschüssen ev. Tracheotomie. Sonst im Krieg alle Wunden (selbst Gelenk-, Brust-, Bauchschüsse) zunächst nur mit sterilem Verband bedecken ohne jeden operativen Eingriff. (nie sondieren!). Nötige Operationen erst im Feldlazarett. Auch im Frieden tut der nicht chirurgisch Erfahrene stets am besten, jede Schussverletzung, die wichtige Organe getroffen haben könnte, wie im Kriege zu behandeln, d. h. ohne Sondierung u. ohne Projektilextraktionsversuch die Wunde aseptisch zu verbinden u. den Verletzten einem Krankenhaus zuzuweisen. Geschosse nur entfernen, wenn dicht unter der Haut oder bei dadurch verursachten Störungen. Von geschulten chirurgischen Händen ist vor allem jeder Bauchschuss zu operieren, aber auch bei vielen Kopf-, Brust-, ja selbst Herzschüssen muss Operation in Erwägung gezogen werden.

Kaposi.

**Schwachsinn, angeborener u. früh erworbener.** Cf. Dementia. *Ätiol.:* a) Störung der Hirnentwicklung infolge von erblicher Belastung (bes. Epilepsie, Lues, Alkoholismus der Eltern). b) In der Foetalzeit, während oder bald nach der Geburt einsetzende Erkrankungen, die das Gehirn schädigen; namentlich Traumen, kindliche Infektionskrankheiten, Rachitis, Magendarmerkrankungen, Meningitiden, Encephalitiden. Beide

Gruppen von Ursachen können gleiche klinische Bilder erzeugen.

**Sympt.:** Psychisch: Defekte aller psychischen Leistungen: Stumpfheit, bes. auf ethisch-affektivem Gebiet; gelegentlich leichte zornige Erregbarkeit. Bei erhaltenen Sinnesfunktionen u. Merkfähigkeit mangelhaftes Verarbeiten der Sinneseindrücke zu Vorstellungen u. Begriffen, dürftiger Besitz an Vorstellungen (Schulkenntnisse, allgemeine u. Berufskennntnisse, ethische Vorstellungen); Bildung von Urteilen aus den vorhandenen Vorstellungen mangelhaft (Unfähigkeit ähnliche Begriffe zu unterscheiden, zu beschreiben, zu definieren, den Sinn oder Zweck eines Gebotes, eines Sprichwortes zu verstehen). Leichte Beeinflussbarkeit. Geringe Widerstandsfähigkeit gegen psychische Schädlichkeiten u. gegen Alkohol. Triebartige insoziale Neigungen (Feueranzünden, Sexualhandlungen, Tierquälen). Körperlich: Degenerationszeichen, Wachstumsanomalien (bes. bei Kretinismus\*, mongoloide Idiotie), Schädelanomalien (Hydrocephalus, Mikrocephalie, Porencephalie). Entsprechend der Hirnanomalie Funktionsstörungen der Extremitäten (spastische Lähmungen oft verbunden mit Wachstumsstörung, Krämpfe).

**Formen:** Idiotie, Imbezillität, Debilität, nur graduell verschieden (Idiotie höchster Grad, Debilität geringster). Übergangsformen bis zur physiologischen Beschränktheit. **Komplik.:** Verbindung mit ausgesprochen degenerativer Charakteranlage (s. d.); hier bes. Neigung zur pathologischen Lüge (Pseudologia phantastica), mit hysterischen Zügen, mit Epilepsie u. epileptischer Demenz, mit hauptsächlich ethisch-affektiven Defekten (cf. moralisches Irresein). **Verlauf:** Beginn meist mit Zurückbleiben der geistigen Entwicklung in den ersten Lebensjahren; gelegentlich auch normale Entwicklung bis Anfang der Pubertät, Stillstand oder Zurückbleiben der geistigen Entwicklung im 12. bis 16. Lebensjahre. In oder nach Abschluss der Pubertät können vorübergehende oder länger dauernde Attacken psychischer Störung (Verstimmung, Halluzinationen, Verwirrtheit) einsetzen. Bei leichten Formen mit vorzugsweise ethischen Defekten Gefahr der Kriminalität, Vagabondage usw. Im übrigen Lebensdauer durch Grunderkrankung bestimmt. **Diff.-Diagnose:** Zum Nachweis des Schwachsinnns a) Vorstellungsbesitz, b) Fähigkeit zur produktiven Verwertung, stets unter Berücksichtigung von Bildungsgang, Alter, sozialer Stellung des Kranken, prüfen. Abgrenzung von einzelnen Formen des erworbenen Schwachsinnns (Jugendirresein; hier Schulkenntnisse erhalten) u. degenerativen Zuständen mit ethischen Defekten. **Therapie:** Erzieherische u. soziale Massnahmen. Herausnehmen aus höheren Schulen (Hilfsschulen). Einfachere Laufbahn ev. mit Hilfe von entsprechender Erziehungsanstalten (Pädagogien). Beaufsichtigung leicht schwachsinniger Familienangehöriger u. Schutz

derselben vor Alkohol, Verführung, Vorsicht bei Körperstrafen usw. Oft Fürsorgeerziehung erfolgreich. Bei ausgesprochen anti-sozialen Neigungen Jugendlicher Überweisung an Anstalten. — Cf. Kretinismus. L. W. Weber.

**Schwefelkohlenstoffvergiftung.** Meist chronisch gewerblich (Kautschuk-, Ölindustrie usw.) durch Inhalation der Dämpfe; aber auch akut durch Verschlucken u. Einatmung. **Sympt.:** Bei akuter Vergiftung Reizung der Speise- u. Luftwege, rettichartiger Geruch des Atems, Erbrechen, Cyanose, Mydriasis, Benommenheit bis Bewusstlosigkeit, Krämpfe. Bei chronischer Vergiftung verschiedenartigste nervöse u. psychische Störungen, wie Polyneuritis, Muskelschwäche, Krämpfe, Sprach- u. Sehstörungen, Impotenz, Gedächtnisschwäche, Verwirrungs-zustände usw. Daneben Anämie, Verdauungsstörungen. **Therapie:** Bei akuter Vergiftung Magendarmentleerung, frische Luft, Excitantien. Bei chron. Vergiftung roborierende u. symptomatische Behandlung; Coffein als Tonicum, Strychnin gegen die Sehstörungen usw. Guttman.

**Schwefelsäurevergiftung.** **Sympt.:** Starke weissgraue bis schwarze Verätzung der Speisewege. Heftige Schmerzen u. Schluckbeschwerden, Erbrechen, Koliken; bei grösseren Mengen ev. Magen-Darmperforation. Nervöse Erscheinungen (Angst, Zittern, Krämpfe usw.), Kollaps, Koma. Gelangt die Säure in die Atemwege, oder greift die Entzündung von den Speisewegen dahin über, dann Husten, Aphonie, Dyspnoe, Glottis-oedem usw. Falls nicht bald Exitus, auch Nephritis u. Hämoglobinämie. Fast immer als Nachkrankheiten chron. Verdauungsstörungen, Oesophagus- u. Pylorusstenosen, Aphonie usw. Ähnliche Sympt. bei Salpeter- u. Salzsäurevergiftung; nur bei ersterer Ätzschorfe u. Erbrochenes hellgelb bis orange, bei letzterer gelblichgrau bis schwärzlich. **Therapie:** Zur Verdünnung reichlich Eiweiss, Öle, schleimige Getränke (nicht sofort Wasser!). Zur Neutralisation Magnesia usta (teelöffelweise in Milch), Seifen- oder Kalkwasser, Calcaria saccharata (1,0). Keine Magenspülung, keine Brechmittel (Perforation!). Eispillen, Opiate (Rp. 8a usw.). Im übrigen symptomatisch. Guttman.

**Schwefelwasserstoffvergiftung.** Meist durch Inhalation an Orten, wo Fäulnis stattfindet (Latrinen, Kloaken, Abdeckereien usw.); aber auch vielfach in gewerblichen Betrieben sowie durch ungenügende Verbrennung von Braunkohlen. **Sympt.:** Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmacht, Delirien, Krämpfe; in schweren Fällen auch plötzliche Bewusstlosigkeit, Dyspnoe, Lungenoedem, Asphyxie, Koma. **Diagnose:** Chemischer oder spektroskopischer Nachweis des H<sub>2</sub>S im Blut

(gelingt nicht immer), charakteristischer Geruch, ätiologische Momente. **Therapie:** Wie bei Kohlenoxydvergiftung. Zur Beseitigung des Gases aus Räumen dienen Chlorräucherungen bzw. Besprengungen mit Kalkwasser oder Einschüttung von Eisenvitriol in Gruben. Guttmann.

**Schwefligsäurevergiftung.** Durch Inhalation der freien Säure (gewerblich) u. durch Genuss ihrer Salze (Konservierungsmittel usw.). **Sympt.:** Bei Inhalation Ätzwirkung auf Augen u. Luftwege (cf. Chlor). Bei Aufnahme per os Gastroenteritis. Ausserdem Blutveränderungen (verminderte Alkalität usw.), nervöse u. kardiale Symptome. **Therapie:** Bei Inhalation wie bei Salpetrigsäure; sonst wie bei Schwefelsäurevergiftung. Guttmann.

**Schwerhörigkeit.** **Sympt.:** Verschieden je nach Sitz der Erkrankung (äusseres Ohr, Mittelohr, Labyrinth, Hörnerv, centrale Hörbahnen oder kombiniert); oft verbunden mit subjektiven Geräuschen u. Gleichgewichtsstörungen. Erkrankungen des schalleitenden Apparates (Gehörgang, Trommelfell, Gehörknöchelkette bis inkl. Steigbügelfussplatte u. Ringband im ovalen Fenster) hemmen besonders Perception der tiefen Töne u. Geräusche bei deren Zuleitung auf dem Luftwege (aërotymponale Zuleitung, Luftleitung) u. steigern die Perception bei Zuleitung des Schalles von den Kopfknochen aus (osteotymponale Zuleitung, Knochenleitung). Bei stärkerer Erkrankung werden die tiefsten Töne, die der Subcontra-, der Contra- u. selbst der grossen Oktave ( $CII = 16$  v. d. —  $CI = 32$  v. d. —  $C = 64$  v. d.) nicht mehr gehört, wenn die Stimmgabeln vor den Ohreingang gehalten werden (v. d. = vibrations doubles ist identisch mit „Schwingungszahl“). Der Rinnesche Versuch (Vergleichung der Luft- mit der Knochenleitung) ist, je schwerer die Erkrankung des schalleitenden Apparates, um so weiter in der Skala herauf negativ (Luftleitung < Knochenleitung), selbst bis über  $c^1$  (256 v. d.). Höhere Gabeltöne zum Versuch ungeeignet, da unmittelbar durch Kopfknochen zum Labyrinth gelangend, übrigens auch grosse tiefe Gabeln unter C nicht, weil die Erschütterung durch den Gabelstiel gefühlt wird u. mit dem Ton verwechselt werden kann. Beim Weber'schen Versuch, Prüfung der Lokalisation des Hörens in Knochenleitung einer auf den Scheitel aufgesetzten Schallquelle (Uhr oder Stimmgabel), wird der Schall nach der erkrankten Seite hin gehört. Bei der Bestimmung der Zeitdauer des Hörens einer Stimmgabel vom Scheitel aus (Schwabach'scher Versuch) besteht Verlängerung über die normale Hördauer hinaus. Die hohen Töne werden gut gehört bis nahe oder an die obere Tongrenze. Entsprechend diesem Verhalten werden die tiefen Sprachlaute

(Wörter mit u, o, au, r, l, m, n, ng) schlechter gehört in gewöhnlicher Umgangs- u. bes. in Flüstersprache.

Bei normalem Schalleitungsapparat u. Erkrankung des inneren Ohres (Schnecke, Acusticus) werden umgekehrt tiefe Töne noch lange bis zur untersten Grenze (C<sup>II</sup>) gehört; obere Tongrenze erheblich herabgerückt; Rinne positiv (Luftleitung > Knochenleitung). Weber nach der gesunden bzw. weniger erkrankten Seite lateralisiert, Schwabach verkürzt, in vorgeschrittenen Fällen Knochenleitung überhaupt aufgehoben. Entsprechend werden Wörter aus hochklingenden Sprachlauten (ei, i, e, s, sch, ch, z) schlechter als tiefe gehört oder wenigstens nicht erheblich weiter; Urticken schlecht, vom Knochen frühzeitig gar nicht mehr wahrgenommen. Bei kombinierten Erkrankungen, bes. sog. Otosklerose\* vorwiegend Mittelohrschwerhörigkeit für tiefe Töne mit negativem Rinne, daneben aber auch Einengung der oberen Tongrenze und verkürzte Knochenleitung. Centrale Hörstörungen oft nur durch Nachweis anderer Hirnsymptome zu diagnostizieren; wahrscheinlich sind sie, wenn Mittelohr- u. Labyrinth-, bzw. periphere Acusticuserkrankungen ausgeschlossen werden können u. gleichzeitig konzentrische Einengung des Hörfeldes (von der oberen wie von der unteren Grenze her) besteht. **Prognose** richtet sich nach dem anatomischen Verhalten der Erkrankung, **Therapie** ebenso. Bei hochgradiger Schwerhörigkeit kommen ausser dem Ablezen vom Munde die verschiedenen Hörrohre in Betracht. Neuempfohlene Apparate mit Vorsicht und Misstrauen aufzunehmen. Künstliche Trommelfelle können bei grossen Trommelfeldefekten nach monatelang geheilt gebliebener Mittelohrreiterung versucht werden. Cf. Taubheit. Bloch.

**Schwindel.** Empfindung eines scheinbaren Schwankens der Objekte der Aussenwelt, bes. des Fussbodens, wobei der Kranke das Bewusstsein des Gleichgewichts verliert. **Pathogenese:** Bei passiven Bewegungen tritt Sch. auf, wenn eine rasche Bewegung des Körpers gehemmt wird oder in eine andere übergeht (also ungleiche Massenbeschleunigung, z. B. bei Schiffsbewegungen, im Lift usw.; cf. Seekrankheit). Organe für diese Empfindung sind: statisches Centralorgan im Kleinhirn (cf. S. 280), vielleicht auch im Stirnlappen; periphere Endorgane in allen sensiblen Nerven sowie bes. im Ohrlabyrinth, dessen Erkrankungen vor allem Schwindel auslösen (cf. Ménière). In diesen Teilen, bes. in den sensiblen (u. sympathischen? sehr wahrscheinlich!) Endigungen in Organen mit leicht verschieblichem Inhalt (darum bes. Magen u. Darm) kann reflektorisch Schwindel ausgelöst werden (Auslösung bei Seekrankheit mechanisch, bei Indigestion chemisch; in beiden Fällen ausser Sch. auch Nausea, Erbrechen, Kopfweg). Direkte Gehirnreizung liegt wohl nur

vor bei Hirndruckerhöhung u. Druckschwankungen (Gehirnhyperämie\* u. -Anämie), so bei den meisten organischen u. vielen funktionellen Gehirnleiden bes. bei Disponierten. Auch bei rasch wechselnden optischen Reizen (oft mit Nystagmus), Augenmuskellähmungen, ungewöhnten optischen Eindrücken (kombiniert mit Angst beim Höhenschwindel!), auch rein psychogen (Agoraphobie); künstlich hervorgerufen durch galvanische Ströme (galvanischer Schwindel). Eine Erkrankung sui generis ist der bei Genf endemische Vertige paralytans (Syn. Gerliersche Krankheit), mit anfallsweiser Extremitätenparese, Sehstörungen, Ptosis usw. (Genese unklar). **Sympt.:** Bei jedem Schwindel Kopfdruck, Ekelgefühl, Nausea; bei starkem Schwindel Ohnmachtsgefühl; oft Erbrechen, Nystagmus, unsicherer Gang, Taumeln, Hinstürzen. Häufig durch Herzstörung Blässe, kleiner Puls. Objektiv ferner Muskelatonie u. Astasie. **Therapie:** Abhängig vom Grundleiden. Spezifische Behandlung bei Gehirnsyphilis, Operation bei Gehirngeschwülsten, Regelung von Magen- u. Darmtätigkeit usw. Kein Alkohol, kein Tabak. Jod, Diuretin, Codein (Rp. 27 ff. 67, 68, 133 ff.). Im Anfall Ruhe, ev. Hochlegen des Kopfes, Excitantien (Kampfer usw.). Bei psychischer Entstehung ev. Galvanisation, Brompräparate. Cf. Seckkrankheit. S. Schoenborn.

**Seborrhoe.** **Sympt.:** Hypersekretion der Talgdrüsen mit ungenügender Verarbeitend der Ölsäure u. abnormer Verhornung (Parakeratose), wodurch Auflagerung trockner, fettiger, bröckeliger Massen. Im Gesicht Ausscheidung mehr flüssigen Sekrets (Seb. oleosa), zuweilen mit kleinförmiger Abschilferung (Pityriasis faciei); nach erschöpfenden Krankheiten ev. über den ganzen Körper sich ausdehnend (Pityriasis tabescentium). Meist hiermit verbunden ein entzündlicher Prozess (Ekzema seborrhoicum): vom Kopfe aus entwickelt sich an den Nasolabialfalten, allmählich auf Sternal- u. Inter-scapulargegend übergehend ein abortives Ekzem mit geringer Rötung u. Schuppenbildung ohne Blasenbildung u. Nässen. **Therapie:** Auf dem Körper u. im Gesicht Rp. Acid. salicyl. 1,0, Sulf. praec. 4,0, Vasel. ad 50,0. Am Körper auch Aufpinseln von Rp. Anthrarobin 5,0, Tinct. Benzoes 25,0. Bei S. oleosa Röntgenbehandlung oder Abwaschen mit alkalischem Seifenspiritibus oder Rp. Natr. carbonic. 5,0, Aq. rosar. 100,0, Glycerini 50,0, Extr. mill. flor. gtt. X. M. Joseph.

**Seckkrankheit.** Gesamtheit der durch die Schiffsschwankungen, bes. bei stürmischer See, ausgelösten Störungen. Über die Pathogenese zahlreiche Theorien; am wahrscheinlichsten die von O. Rosenbach, wonach es sich bei der S. wie auch bei verwandten Zuständen (Schaukelbewegung, Fahren in

Lifts usw.) um eine „Kinetose“, eine vorübergehende Störung in den Gleichgewichtsverhältnissen des Organismus bzw. seiner kleinsten Teile durch den plötzlichen Übergang einer energischen u. anhaltenden Bewegungsrichtung in die entgegengesetzte handelt. Ausserdem können die Unlustgefühle auch durch Vorstellungen bzw. optische Sinnesreize ausgelöst werden (psychische Form, cf. Schwindel). Begünstigend wirken Exzesse jeder Art. **Sympt.:** Unwohlsein, Kopfschmerzen, Anorexie und perverse Geschmacksempfindungen, Erbrechen bzw. Würgen, das 2–3 Tage, zuweilen auch die ganze Seefahrt hindurch anhalten kann, zuweilen auch Durchfälle (bes. anfangs) oder Obstipation. Dabei grosse Niedergeschlagenheit, Verstimmung, Willenslosigkeit, auch Angstgefühle. In schwersten Fällen kollapsartige Zustände. Nach Betreten des festen Landes schwinden alle Erscheinungen von selbst. **Therapie:** Prophylaktisch Vermeidung von Ekzessen, horizontale Lagerung nahe der Schiffsmittle. Zahllose Mittel empfohlen, die aber alle nur palliativ u. für kurze Zeit wirken, z. B. Cocain (0,3—0,5), Chloralhydrat (0,3), Amylnitrit (3 Tr. aufs Taschentuch), Brom (ev. schon einige Tage vorher), Validol (10—15 Tr. auf Zucker), Morphium, Aspirin usw. Zweckmässig auch feste Flanelleinwicklung des Unterleibs u. heisse Kompressen oder Thermophore auf die Stirn.

Guttman.

**Sehnenverletzungen.** Durch scharfe Instrumente, Messer, Glasscherben, im Sommer Futterschneidemaschinen und Zerreibungen oder Ausreibungen von Fingern, Ziegelpressen, Kammradverletzungen usw. Hand viel häufiger als Fuss. An Beugeseite der Hand ziehen sich centrale Stümpfe oft weit zurück. Oft kompliziert mit schweren Nerven- u. Gefässdurchtrennungen. **Therapie:** Bei frischen bzw. aseptisch zu gestaltenden Wunden primäre Sehnennaht. Ältere nicht aseptische Schnittwunden oder stark gequetschte andersartige Sehnen-V. sollen nach Wundversorgung (guter Sekretabfluss!) erst der Granulation überlassen, dann sekundär genäht werden. Bei totalem Verlust grosser Sehnen Sehnenplastik.

Kaposi.

**Sehnervenatrophie.** a) **Einfache, genuine. Ätiol.:** Leitungsunterbrechung der Sehbahn ohne vorangegangene intraokulare Sehnervenentzündung. Arteriosklerose. Progressive Paralyse. Tabes. Verletzungen des Opticus. Profuse Blutverluste. **Sympt.:** Papille weiss, Grenzen scharf, Lamina cribrosa deutlich sichtbar. Gefässe intakt. Verfall der Sehschärfe. Zuerst geht im Gesichtsfeld Grünempfindung verloren, dann Rot, Blau. Sektorenförmige Einsprünge der Aussengrenzen für Weiss.

b) **Neuritische. Ätiol.:** Neuritis optica, Stauungspapille. **Sympt.:** Papille weiss, undurchsichtig, Grenzen unscharf, Lamina



cribrosa nicht deutlich, Venen gestaut, Arterien verengt. Nach vorangegangener Stauungspapille bleibt ausserdem Verbreiterung u. Prominenz der Papille.

c) **Retinitische.** *Ätiol.:* Retinitis pigmentosa (s d.).

d) **Glaukomatöse.** Papille exkaviert und atrophisch (cf. Glaukom).

*Therapie* der Sehnervenatrophie kann nur Verhinderung des Fortschreitens des Leidens bezwecken. Jodkalium, Schmierkur, Schwitzkur je nach Ätiologie. Vorübergehende Besserungen manchmal nach Strychnininjektionen (cf. Retinitis pigmentosa).  
Schieck.

**Sehnerventzündung.** *Ätiol.:* Vom Centralorgan absteigend bei Meningitis, Lues cerebri, ferner bei entzündlichen Prozessen in Orbita u. Nasennebenhöhlen (meist einseitig). Aufsteigend bei schwerer Chorioretinitis, Verletzungen des Auges. Spontan bei Lues u. Tuberkulose, akuten Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach, Influenza, Pneumonie usw.), Vergiftungen (Blei, Chinin, Atoxyl, Filis mas). *Sympt.:* Herabsetzung der centralen Sehschärfe, Einsprünge in die Gesichtsfeldausseugrenzen, Flimmern. Papille gerötet, Grenzen verwaschen, Gewebe aufgelockert, Venen gestaut, Arterien verengt. Angrenzende Retina hauchartig getrübt. Streifenförmige Hämorrhagien neben der Papille. Oft geringe Schwellung. *Diff.-Diagnose:* Pseudoneuritis bei hochgradiger Hypermetropie, Stauungspapille (Papille verbreitert u. stark vorgetrieben). *Therapie:* Schmierkur, Schwitzkur, Jodkalium, Blutentziehungen an der Schläfe. — Cf. folgenden Artikel.

Schieck.

**Sehnerventzündung, retrobulbäre.** a) *Akute.* *Ätiol.:* Allgemeinleiden des Centralnervensystems (multiple Sklerose, Myelitis), Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (akute Katarrhe der Schleimhaut u. Eiterungen). Selten Lues u. Tuberkulose. *Sympt.:* Einseitiger oder doppelseitiger schneller Verfall der centralen Sehschärfe. Im Gesichtsfelde zumeist centrales Skotom für Weiss u. die Farben bei normal erhaltenen Aussengrenzen. Skotome öfters absolut als relativ. Pupille entweder unbeteiligt oder maximal weit u. starr. Charakteristisch (aber nicht immer vorhanden) sind Schmerzen hinter dem Auge bei ausgiebigen Augenrehungen u. beim Versuche, die Augen in die Orbita zu schieben; ferner dumpfe Kopfschmerzen in Stirn u. Schläfen. Ophthalmoskopisches Bild im Hinblick auf die schwere Sehstörung meist auffallend wenig verändert. Neuritis optica bis zum Bilde der Stauungspapille kommt allerdings auch vor. Bei längerem Bestehen der Sehstörung Abblässung der temporalen Papillenhälfte oder der ganzen Papille. In der Regel hält Seh-

störung nicht lange an; Rückkehr zur vollen Sehkraft relativ häufig. Doch bleibt jede retrobulbäre Neuritis auch bei schneller Heilung eine Warnung u. verlangt genaue Untersuchung von Nasennebenhöhlen u. Nervensystem. **Diff.-Diagnose:** Plötzlich einsetzende hysterische Erblindung u. Amblyopie verläuft ohne Schmerzen, ohne Pupillenstörung, ist meist durch Stereoskop zu diagnostizieren. Zu berücksichtigen ist die Möglichkeit einer nach profusen Blutverlusten rapid einsetzenden Erblindung. **Therapie:** Schwitzkur, Jodkalium, Schmierkur. Ev. Nasennebenhöhlenbehandlung.

b) **Chronische. Ätiol.:** Wie bei der akuten Form; vor allem jedoch Intoxikation mit Alkohol, Nicotin (Tabakkauen!), Blei usw., auch bei schweren Ernährungsstörungen, bei langer Lactation, Diabetes usw. **Sympt.:** Funktionsstörungen wie bei der akuten Form, nur schleichende Entwicklung. Meist doppelseitig. Nie retrobulbäre Schmerzen. Centrales Skotom meist relativ. Nie starke Entzündungserscheinungen am Opticus, sondern allmählich eintretende Abblassung der temporalen Papillenhälften unter leichter Verwaschenheit der temporalen Grenze. Gefäße nicht alteriert. **Therapie:** Wie oben. Abstinenz von den Giften. Schieck.

**Senkungsabscesse.** Ansammlungen tuberkulösen Eiters, die sich der Schwere nach längs Muskelscheiden u. Fascien ausbreiten u. am tiefsten Punkt unter der Haut als Vorwölbung zum Vorschein kommen. Primärer (oft weit entfernter) Herd meist Knochen- oder Drüsentuberkulose. Am häufigsten S. unter- oder oberhalb des Leistenbandes oder an der Innenseite der Adduktoren oder Glutäen, bei Herden in der Wirbelsäule (s. Spondylitis), dann in der Lumbalgegend bei Wirbelsäulen- u. Rippenherden, die Retropharyngealabscesse\* bei Halswirbelsäulenerkrankungen; aber auch an anderen Stellen, z. B. unter dem Pectoralis am Oberarm. **Sympt.:** Meist schmerzlos, von normaler Haut bedeckte Vorwölbungen, fluktuierend. Bei Leistenbandabscessen oft Beugecontractur des Hüftgelenkes (Psoasstellung). **Therapie:** Wenn primärer Herd zugänglich, ist er anzugreifen; z. B. Humerus-, Rippenresektion, Abscess entleeren, alle Granulationen auskratzen. Bei nicht zugänglichen S. niemals incidieren, sondern, wenn Eiteransammlung von neuem nachweisbar, punktieren, 5—10 ccm Jodoformöl oder -glycerin (10%) injizieren. Kaposi.

**Serratuslähmung** (Lähmung des N. thoracicus longus). **Ätiol.:** Nicht ganz selten angeboren; sonst nach Trauma, Überanstrengung, neuritisch nach Diphtherie, rheumatisch; Teilerscheinung von Muskelleiden (Dystrophie), oft kombiniert mit Cucullarislähmung\*. **Sympt.:** Scapula im Ruhezustand höher,

der Wirbelsäule näher als auf gesunder Seite. Bei Hebung des Armes nach vorne steht innerer Scapularrand weit vom Körper ab (Flügelschultern); Arm kann wegen Unmöglichkeit der Scapularrehung nicht über die Horizontale erhoben werden. Meist Atrophie u. Ea R. Keine Sensibilitätsstörung. **Therapie:** Cf. Lähmungen. S. Schoenborn.

**Sexualperversionen.** Verschiedenartige Abweichungen von der normalen Sexualbefriedigung u. den normalen Sexualhandlungen. Nicht in allen Fällen als „krankhaft“ im klinischen oder forensischen Sinne zu bezeichnen. **Ätiol.:** a) Gelegentlich bei gesunden Menschen als Steigerung des normalen Sexualreizes oder aus Mangel an normaler Befriedigung (Homosexualität in Internaten, Gefängnissen, auf Schiffen). b) Auf dem Boden psychopathischer Anlage, bes. bei Degenerierten, bei Zwangszuständen. c) Bei verschiedenen Geistesstörungen, beim angeborenen u. erworbenen Schwachsinn, bei Dämmerzuständen. **Formen:** 1. Normales Sexualobjekt, abnorme Handlungen: **Masochismus** (geschlechtliche Erregung beim Erdulden von Quälereien durch die geliebte Person). **Sadismus** (Zufügen von Grausamkeiten während oder an Stelle des Sexualaktes). Hierzu gehören die „Mädchenstecher“, als perverseste Form der Lustmord (nicht zu verwechseln mit Mord oder Totschlag zum Zweck der Verdeckung eines Notzuchtsversuches). **Fetischismus** (sexuelle Befriedigung beim Besehen, Betasten oder Besitzen von Körperteilen oder Kleidungsstücken der geliebten Person. Zopfabschneider, Sammeln von Schuhen, Wäsche usw.); **Exhibitionismus** (sexuelle Lustgefühle oder Befriedigung, wenn die eigenen Genitalien vor Personen anderen Geschlechtes entblößt werden. 2. Abnormes Sexualziel: **Homosexualität** (Päderastie), bei fehlender Neigung zum anderen Geschlecht sexuelle Erregungen beim Anblick, bei Liebkosungen von Angehörigen des eigenen Geschlechts. Gelegentlich mutuelle Onanie mit dem Geliebten oder Coitus inter femora oder in anum des Geliebten. Zuweilen femininer Habitus u. feminine Gewohnheiten bei männlichen Homosexuellen. Beim weiblichen Geschlecht **Amor lesbicus** u. **Tribadie**. — **Homosexuelle Handlungen** (§ 175) nur dann als krankhaft im Sinne des Strafgesetzbuches zu bezeichnen, wenn ausgesprochene Geisteskrankheit oder degenerative Anlage und vorübergehende Schädigungen, z. B. durch Alkohol nachweisbar. **Therapie:** Prophylaxe bei jugendlichen degenerativ veranlagten Individuen; Kontrolle ihres Verkehrs, Verhüten frühzeitiger Sexualgewöhnung durch Dienstboten usw; später psychische Erziehung, Wachsuggestion, längere Zeit eingehaltene Abstinenz, Bromdarreichung (cf. Neurasthenia sexualis).

L. W. Weber.

**Shock.** „Reflektorisch ausgelöster, kollapsähnlicher Zustand“. (Lexer). *Ätiol.*: Schwere, namentlich stumpfe Verletzungen gegen Brust u. Leib. Plötzliche Läsion grosser Nervengebiete, wie bei Verbrennungen, auch Nervenreizungen bei Operationen, z. B. bei Aus- u. Einpacken von Därmen, bei Zug am Samenstrang usw. *Sympt.*: Plötzlicher Kräfteverfall, sehr reduzierte Herz- u. Atemtätigkeit, Leichenblässe oder Cyanose, kalter Schweiß, kein fühlbarer Puls, Erbrechen, keine Pupillenreaktion. Bewusstsein kann dabei erhalten bleiben (zum Unterschied von Ohnmacht). *Diff.-Diagnose*: Innere Blutungen, Verletzungen innerer Organe. Shock geht nach geeigneten Mitteln in einigen Stunden zurück; schwere Läsionen innerer Organe verschlechtern das Befinden, erfordern dann chirurgische Eingriffe. *Therapie*: Herzmittel (Rp. 47 ff., 83 ff.), vor allem Kampfer- u. Ätherinjektionen, Tieflegen des Kopfes, Wärme. Wenn Magendarmverletzung ausgeschlossen, starke alkoholische Getränke, Kochsalz subcutan. Genaueste Überwachung bis normale Herz- u. Atemtätigkeit wieder eintritt.

Kaposi.

**Siebbeinzelleneiterung.** Akut u. chronisch, gewöhnlich zugleich mit Eiterung der Stirnhöhle u. a. Nebenhöhlen. *Ätiol.*: Wie bei Keilbeinhöhleneiterung\*, wobei aber unter infizierenden Eiterungen die der Stirnhöhle an erster Stelle. *Sympt.*: Bei Eiterung in vorderen Siebbeinzellen, wo ähnliches Bild wie Stirnhöhleneiterung\*, erscheint Eiter bzw. Krusten unterhalb der mittleren Muschel im mittleren Nasengang, wie bei Kieferhöhleneiterung\*, bei Eiterung der hinteren Siebbeinzellen wie bei Keilbeinhöhleneiterung\* (sehr oft sämtliche Siebbeinzellen erkrankt). Sonstige Symptome wie bei Keilbeinhöhleneiterung\*, nur hinzuzufügen Schmerz in Intraorbitalregion, bisweilen stärkere psychische Depression u. charakteristischer Druckschmerz auf Nasenwurzel u. Tränenbein. *Komplik.*: Wie bei Keilbeinhöhleneiterung\* (namentlich meist gleichzeitige Stirnhöhleneiterung, die seltener Komplikation als Ursache). *Diff.-Diagnose*: Desgl. *Therapie*: Desgl. Nur wenn Eiterung mehr in vorderen Siebbeinzellen, Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel, in seltenen Fällen auch der ganzen Muschel (bei Erkrankung des ganzen Siebbeins). Breite Eröffnung der Höhle nicht intranasal, sondern wegen fast regelmässig begleitender Stirnhöhleneiterung\* mit dieser zugleich Operation von aussen.

Max Senator.

**Sigmoiditis.** Teils sekundär u. fortgeleitet bei Erkrankungen des gesamten Darmkanals (Enteritiden) oder des Colons (Dysenterie [Bacillen oder Amöben]) oder bei Carcinom, Lues, Gonorrhoe; teils als primärer Prozess: Sigmoiditis granulosa

sive ulcerativa; selten akute Sigmoiditis u. Perisigmoiditis bei Ulcerationen infolge von Kotstauung. **Sympt.:** Schmerzen, Stuhl drang, Abgang von Blut u. Schleim im Stuhl. **Diagnose:** Wichtig Rectoskopie, bakterielle Untersuchung. **Therapie:** Belladonna 0,025 in Suppositorien; Tannineinläufe (1/2—2%). Diät. s. akute resp. chronische Enteritis\*. Beuttenmüller.

**Singultus.** Der Schluckser ist ein klonischer Zwerchfellkrampf mit — durch unvollkommenen Glottisschluss hervorgerufenem — inspiratorischem Geräusch. **Ätiol.:** Bei Gesunden nur gelegentlich, vielleicht Reizung ab ingestis. Sehr verstärkt bisweilen bei Hysterie, organischen Hirnleiden (Apoplexie, Meningitis tuberculosa) bes. agonal; bei Reizung seitens der Sexualsphäre u. des Magendarmkanals, Peritonitis. **Sympt.:** Ausser dem Geräusch bei Gesunden fast kein Begleitsymptom. Bei Steigerung Gefühl von Anspannung in der Zwerchfellgegend, in der Schlundmuskulatur (meist mitbeteiligt) u. den Atemmuskeln. Sprechen, Essen, selbst Atmung kann erschwert sein. **Prognose:** Bes. bei Hysterie quoad sanationem zweifelhaft. **Therapie:** Forciertes Anhalten der Atmung, Valsalvas Versuch, Suggestion u. Hypnose. Faradisation, Vesicantien der Zwerchfellgegend oder des Phrenicus. Kaltes Wasser schlucken! Sonst Brompräparate, Wismut. Rhythmische Traktionen der Zunge. S. Schoenborn.

**Sinnestäuschungen.** Ohne reale Grundlage (= Halluzinationen) u. mit solcher (= Illusionen). **Ätiol. u. Vorkommen:** Bei allen möglichen psychischen Zuständen, insbesondere Delirien, Paranoiaformen, Dämmerzuständen, gelegentlich bei corticalen Reizungen. **Formen:** Akustische, optische, Geschmacks- u. Geruchstäuschungen. Gefühlstäuschungen, nicht nur als Berührungshalluzinationen, sondern auch Sinnestäuschungen auf dem Gebiet der Bewegungsempfindungen (Bewegungshalluzinationen), der Augenmuskeln (halluziniertes Verschieben von Gegenständen), der Sprachbewegungsmuskeln (Gedankenlautwerden), der inneren Organe (Organhalluzinationen). **Sympt.:** Von der Umgebung u. dem momentanen Gespräche abgelenkte Aufmerksamkeit, direkte Klagen über Geräusche, Stimmen, Belästigungen, Beobachtetwerden. Weiter krankhafte Eigenbeziehungen, Verfolgungsideen, hypochondrische Wahnideen, ängstliche Verstimmung oder zornige Erregung. Schutz- u. Abwehrhandlungen, imperative Handlungen (der Kranke tut, was die Stimmen sagen). Verwirrtheit u. Desorientierung. **Diff.-Diagnose:** Rededrang manischer Kranker, primäre Bewegungsstörungen bei hebephrenen Kranken, lebhaftere Vorstellungen, Traumverifikationen u. Konfabulationen. **Therapie:** Durch die Grunderkrankung

bedingt. Bei lebhafter halluzinatorischer Erregung gelegentlich Bromkali u. Opium, warme Beruhigungsbäder.

L. W. Weber.

**Sinusphlebitis, Sinusthrombose.** *Ätiol.:* Die Hirnsinus thrombosieren fast stets durch Erkrankung der Wand, bes. bei Fortsetzung infektiöser Prozesse (Felsenbeincaries, Meningitis), namentlich der Sinus cavernosus u. transversus; oder marantisch (bes. Sinus longitudinalis) bei seniler Herzschwäche, Chlorose. Diese S. meist aseptisch, die erstere (phlebitische S.) fast stets septisch, bei eitriger Otitis media nach Scharlach, Masern, Influenza, Typhus, Eiterungen in Stirnhöhle u. Orbita, nach Traumen. *Sympt.:* Bei marantischer S. extracranial lokal, der Lage des Sinus entsprechende Oedeme der Kopfhaut, öfters Stauungspapille. Ausserdem Koma, Delirien, motorische Agitation, Kopfschmerzen, Erbrechen, Konvulsionen, hemiplegische motorische oder sensible Störungen. Bei phlebitischer S. einleitender Schüttelfrost, Fieber, sonst etwa die gleichen Symptome, verschieden je nach Lage des Sinus (Protrusio bulbi bei Sinus cavernosus usw.). *Diff.-Diagnose:* Oft sehr schwierig gegen Meningitis\*, Gehirnbrunnensabscess\*, selbst Apoplexie\*. *Therapie:* Prophylaktisch bes. exakte Behandlung aller Otitiden! Bei marantischer S. Cardiaca (Rp. 47 ff.), Strychnin (Rp. 151, 152); bei phlebitischer S. Incision u. Ausräumung des Sinus, wo ausführbar. S. Schoenborn.

**Otogene Form.** *Ätiol.:* Übergreifen der Entzündung von dem einem Sinus (sigmoideus, petrosus sup. u. infer., Bulbus jugularis sup., wesentlich aber nur Sin. transversus) anliegenden Teile des Schläfenbeins auf die Wandung des Sinus oder durch Fortleitung von einer erkrankten Vene der Nachbarschaft auf den Sinus. *Pathol. Anat.:* Wandständiger, dann obturierender Thrombus, Vergrößerung desselben, centrale eitrig-einschmelzung, Verschleppung zerfallener Teile durch den Blutstrom, Infarkte, metastatische Abscesse in entfernten Körperteilen. Meistens Sinus transversus in der Fossa sigmoidea erkrankt. *Sympt.:* Fieber von intermittierendem Charakter oder nur mit Remissionen, Schüttelfröste, Schmerz u. Anschwellung der Knochenpartie hinter dem Warzenfortsatz, bei Ausbreitung auf die Jugular. int. Schmerz an der Halsseite, selbst beim Schlucken. Bei Metastasen nach den Lungen Brustschmerzen, Husten, Hämoptoe; ev. Pleuritis, Gelenkaffektionen, Knochenabscesse, Milztumor u. alle Erscheinungen der Pyämie. *Diagnose:* Aus lokalen Erscheinungen, Fieber, Metastasen; Stauungspapille selten. *Prognose:* Bei operativem Eingriff günstig. Manchmal spontane Heilung. *Therapie:* Freilegung der ganzen erkrankten Strecke des Sinus bis ins Gesunde, nötigenfalls über das obere Knie hinauf, bis in den Bulbus jugularis sup.

u. in die V. jugularis int. Ausräumung des eitrig infizierten bzw. zerfallenen Thrombus. Unterbindung der Jugularis int. vor Eröffnung des erkrankten Sinus. Bloch.

**Sklerema neonatorum.** Bei frühgeborenen oder lebensschwachen Kindern. Selten. *Ätiol.*: Herabsetzung aller vitalen Funktionen, bes. der Eigenwärme. Versagen der die Wärme regulierenden Nervenzentren (?). *Sympt.*: Herabsetzung der Eigentemperatur. Brettharte Steifigkeit der Haut u. des Unterhautzellgewebes durch Erstarren des Fettes, bes. an den unteren Extremitäten, aber auch nach oben sich ausbreitend. Graubraune Färbung der Haut. Verlangsamung der Respiration u. Herzaktion. Koma. *Diff.-Diagnose*: Erstarren des Unterhautzellgewebes bei alimentärer Intoxikation (S. 525) infolge Wasserverlustes. *Therapie*: Künstliche Erwärmung (Wärmflaschen), Anregung der Atmung durch kalte Übergießungen (schnell, vorsichtig!) im warmen Bade. Kampfer. Kochsalzinfusionen 0,3% 2–3× tgl. 50 gr. Ev. Sondenernährung. Prognose infaust. Hasenknopf.

**Sklerodermie.** *Sympt.*: Unter geringer Störung des Allgemeinbefindens Verdickung, starke Spannung, harte Konsistenz einer umschriebenen Stelle der Haut (Stad. elevatum) mit einem Gefühl der Spannung, während die Haut selbst gerötet, stark glänzend, nicht leicht in Falten zu heben ist u. sich wie ein gefrorener Körper anfühlt. Bald schrumpft die hypertrophische Haut, wird dünner u. nimmt ein narbenähnliches Aussehen an (Stad. atrophicum). Haut wird bes. im Gesicht zu eng, Öffnen des Mundes erschwert, Faltenbildung der Stirn unmöglich, Gesicht starr, maskenartig, mumienähnlich. Haut glänzend, adhärent, gegen Unterlage nicht verschieblich. Daher Fingerbewegung erschwert, Finger nehmen klauenförmige Stellung ein (Sklerodaktylie), Bauchhaut trommelfellartig gespannt. Haut liegt an den Händen wie ein zu enger Handschuh an, ist kühl u. zeigt einen Glanz, als ob sie mit Lack überzogen wäre. *Prognose*: Bei der zirkumskripten runden, ovalen oder bandartigen S. günstig, bei der universellen Form ungünstig. *Therapie*: Massage, heisse Bäder, Salol 2,0—3,0 tgl., Fibrolysininjektionen (Rp. 184), um das Gewebe weich u. verschieblich zu machen. M. Joseph.

**Sklerom der oberen Luftwege.** In Russland, Galizien endemisch, in Ostpreussen einzelne wohl aus Russland stammende Herde, sonst vereinzelt in Deutschland, Europa, Südamerika. *Ätiol.*: Infektion mit spezifischem kokkenartigen Sklerombacillus. *Sympt.*: Anfangs chronische Blennorrhoe, dann gewöhnlich am Naseneingang (indes auch an jeder anderen Stelle der oberen Luftwege Beginn möglich) knochenharte,

elfenbeinartige charakteristische Infiltration; verdickte, nüsternartige Nasenflügel mit Tumoren u. buckelförmigen Knoten, nicht unähnlich der Acne rosacea\* (Rhinophyma), wobei aber Nase immer weich (Rhinosklerom). Fortschreiten der Infiltration auf Oberlippe, ähnlich der Skrofulose, welche nie so hart. Lippe oft rüsselartig, mit Zugrundegehen der Haarbälge. Weiterschreiten auf Zahnfleisch, harten Gaumen, Wangen. Auf Nasenschleimbaut anfangs mitunter rote, feinkörnige, breitbasige, auch pilzartige Tumoren, auch zugleich mit Infiltration; später Schleimhaut trocken mit Borken, von denen durchdringender, unangenehmer, süßlicher, charakteristischer Foetor ausgeht. Im Nasenrachen Knoten u. Infiltrate an Choanen, Seitenwänden, hinterer Nasenscheidewand; ebenso am Gaumensegel, namentlich neben Zäpfchen u. auf Grenze des harten Gaumens. Im Kehlkopf vorwiegend subglottische Schwellungen beiderseits, auch auf Trachea weiterschreitend. Bei längerem Bestehen überall strahlige Narbenbildung, Schrumpfungen, Verwachsungen (z. B. Gaumensegel mit hinterer Rachenwand), Aufwärtsziehung des Gaumensegels u. Versperrung des Nasenrachens, Kieferklemme, erschwerte Zungenbewegung usw. Sehr langsamer Verlauf, Schmerzen nur bei Ulcerationen. Atembehinderung, Heiserkeit. Riech- u. Schmeckstörungen. **Komplik.:** Kehlkopfstenose\*. Mittelohrerkrankung (bei narbiger Verlegung des pharyngealen Tubenostiums). **Diff.-Diagnose:** Rhinitis purulenta acuta oder chronica\*, Ozaena\*, Acne rosacea\*, Skrofulose\*, Syphilis\*, Sarkom\* (histologische Untersuchung excidierter Probestücke). **Therapie:** Angeblich systematische Röntgenbestrahlung wirksam. Sonst Reinigung der Nase wie bei Ozaena\*. Zerstörung der Knoten mit Galvanokaustik, scharfem Löffel, schneidenden Zangen; Doppeltcurettens usw. Bei Verengerungen fortschreitend stärkere Bougierung bzw. Laminaria- oder Tupelostifte. Bei Kehlkopfstenose\* Intubation, Schröttersche Tubage, Tracheotomie.

Max Senator.

**Skoliose.** Abnorme seitliche Verbiegung der Wirbelsäule. Man unterscheidet mit Albert häufige u. seltene Ursachen u. Formen. Selten: 1. Angeborene S. (mit Klumpfuß, Hüftverrenkung auf einer Stufe stehend); befällt Brustwirbelsäule. 2. S. nach Pleuraempyem durch Narbenzug. 3. S. nach Wirbelfrakturen u. Luxationen. 4. Rheumatische S.; im wesentlichen reflektorische Haltungsanomalie. 5. S. infolge Lähmungen der Rückenmuskel, bes. bei Poliomyelitis (cf. Lordose). 6. S. ischiadica bei Ischias; auf der erkrankten Seite Lumbalteil skoliotisch, Brustabschnitt entgegengesetzt. Behandlung fällt mit der des Grundleidens zusammen. Bei höheren Graden Therapie wie bei den häufigen Formen. Häufig: 1. Statische, 2. habi-



tuelle, 3. rachitische S. Gehen ineinander über. 1. Hat Ursache in Verkürzung eines Beines, also mehr pathologische Haltung im Interesse des aufrechten Ganges. Behandlung: Ausgleichen der Verkürzung durch erhöhte Sohle. 2. u. 3. kommen gemeinsam vor. **Sympt.:** In älteren Fällen sofort seitliche Verkrümmung erkennbar, oft kombiniert mit Kyphose. Schwer nur Frühdiagnose, die aber für Therapie am wichtigsten. Am besten erkennt man Anfänge einer habituellen S., wenn man den entkleideten nach vorn gebeugten Kranken von hinten visiert, dann tritt Rippenbuckel der erkrankten Seite als deutliche Niveaudifferenz hervor. Zu achten ferner auf Nackenschulter- u. Taillenlinie, Höhendifferenz der Spinae anteriores u. der Gesässfalte. Genauen Aufschluss geben besondere Messapparate. **Therapie:** Neben Allgemeinbehandlung bes. der Rachitis, nur orthopädisch. Prophylaktisch zu achten auf gute Schulbänke, richtige Haltung beim Schreiben. Orthopädisch monatelang Turnen, Massieren, Apparatbehandlung, Korsett; alles nur in spezialistisch geleiteten Anstalten möglich.

Kaposi.

**Skorbut. Ätiol.:** Erreger unbekannt. Auftreten nicht gesetzmässig: durch Unterernährung, schlechtes Trinkwasser, einseitige Kost, bes. Mangel von (frischer) Pflanzenkost (Kalisalze?) u. vom frischem Fleische (wenn z. B. nur Pökelfleisch, Konserven); durch verdorbene Speisen, bei Unreinlichkeit (niedrige Volksklassen), durch schlechte, feuchte Wohnung, schlechtes Klima, infolge geistiger u. körperlicher Überanstrengungen, Durchnässungen Disposition erhöhend; daher en- und epidemisch (bes. im Winter u. Frühjahr), in Kriegszeiten, auf Schiffen, bei Expeditionen, in Anstalten u. sporadisch (bei uns gewöhnlich). **Sympt.:** Prodromal: Entwicklung von Schwäche, Appetitmangel, Muskelschmerzen; Stimmungswechsel, Teilnahmslosigkeit. Haut wird trocken, fahl. Ev. Angina vorausgehend. Nach einiger Zeit Blutungen in Haut (blaurot, grün, gelb), bes. an Beinen (Streckseite), miliar (Haarfollikel) bis ausgedehnt, in Subcutis, Muskeln, subperiostal, intraarticulär (auch nur Ergüsse), bes. bei schweren Fällen auch aus Respirations-, Digestions-, Urogenitaltractus, ins Gehirn, in Körperhöhlen (auch Entzündungen) usw. Dann, aber auch ev. zuerst, jedoch nur wenn Zähne vorhanden sind (also nicht bei zahnlosen Kindern u. Greisen), Schwellung, Lockerung, blaurote Verfärbung des Zahnfleisches (Pyramiden), Nekrose, daraus hämorrhagische, übelriechende, schmierige, brandige Geschwüre; Schmerzen; wenig Nahrungsaufnahme; Speichelfluss; selten Ausbreitung auf gesamte Mundschleimhaut. Konsekutive Anämie (Hb, Erythrocytenzahl herabgesetzt, Hydrämie). Meist Hypoleukocytose. Zunehmende Kachexie. Bei uns meist sporadisch; leichterer Verlauf (in einigen Wochen

Genesung). Bei En- u. Epidemie auch schwerer, tödlich. Disposition zu Rückfällen ev. bleibend. Dauer: Wochen bis Monate, je nach Schwere u. Verlauf. **Komplik.:** Croupöse Pneumonie, Endokarditis. **Diff.-Diagnose:** Cf. Blutfleckenkrankheit (meist nur Hautblutungen). **Therapie:** Obige Schädlichkeiten meiden (Prophylaxe) bzw. bei Skorbut beseitigen (oft allein genügend). Daher in luftige, helle, gesunde Räume; frisches Fleisch, frische Milch, rohe Eier, vor allem frische, grüne Gemüse, Spinat, Salat (Kresse, Rettich, Sauerampfer), frisches Obst, Fruchtsäfte, bes. Zitronenlimonade, Apfelsinen, frisches Trinkwasser. Für Appetit Rp. 162, 158 oder Rp. Decoct. cort. Chinae 10,0 : 150,0, Acid. sulfuric., 2,0—4,0 u. Sir. Rubi Idaei ad 200,0. S. 2 stdl. 1 Essl. Fleissig Mundspülungen mit Kamillen-, Salbeitee, 2—3% H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Tinct. Myrrhae, Tinct. Ratanhiae ~~aa~~ zum Spülwasser zusetzen und zu Pinselungen. Ätzungen der Geschwüre mit 10% Höllensteinlösung bezw. -Stift. Ev. zurückbleibende Anämie behandeln. Cf. Blutungen, innere.

Arneth.

**Skrofuloderma.** Eine nach Durchbruch tuberkulöser Wucherungen vom Unterhautbindegewebe oder den Lymphdrüsen ausgehende Geschwürsbildung auf der äusseren Haut. **Sympt.:** Meist am Halse, seltener in Achsel- oder Leisten- gegend, bildet sich ein harter Knoten (Gomme scrofulouse), der nach Verlötung der Haut durchbricht. Dann entleert sich krümeliger Eiter, die Durchbruchsöffnung vergrössert sich, u. durch Vereinigung mehrerer kalter Abszesse bilden sich umfangreiche Geschwüre, deren Grund mit schlaffen Granulationen bedeckt ist, während die Ränder bläulich verfärbt, papierdünn, unterminiert sind. **Diagnose:** Sonstige Zeichen von Skrofulose, Befund typischer Tuberkeln u. Tuberkelbacillen, positive Überimpfungen auf Tiere. **Therapie:** Lebertran, Solbäder, kräftige Ernährung. Lokale chirurgische Behandlung mit Jodoform, ev. Röntgenstrahlen.

M. Joseph.

**Skrofulose.** Vorwiegend dem Kindesalter eigene chronisch entzündliche Erkrankung der Drüsen, Haut u. Schleimhäute. **Ätiol.:** Tuberkulose-Infektion auf dem Boden exsudativer Diathese. **Sympt.:** 1. Lymphadenitis scrofulosa\*. Conjunctivitis bzw. Keratitis phlyktaenulosa\* mit starker Lichtscheu u. Blepharospasmus. Chron. Schnupfen mit starker Schleimhautschwellung. Durch herabfliessendes Nasensekret Exkoriationen u. chron. Ekzem mit nachfolgender Verdickung von Nase u. Oberlippe. Durch Fortleitung vom Nasenrachenraum ev. Mittelohreiterungen. Skrofuloderma\*, Lichen strophulus\*, circuläre Caries der Zähne. 2. Schlaffes Fett, schlechte Muskulatur, blasse Haut, bei aufgeschwemmtem, gedunsenen Aussehen

(torpide Form) oder grazilem Habitus (erethische Form). Positive Tuberkulinreaktion. **Therapie:** Kräftigung des Gesamtorganismus durch zweckmässige gemischte Ernährung mit Bevorzugung der Vegetabilien, keine Eier, wenig Fett (cf. exsudative Diathese). Viel Luft u. Sonne. Für pastöse Kinder Sol- oder Seebäder u. Aufenthalt an der Nordsee, Schmierseifeneinreibungen; für erethische trockne Abreibungen, später laue u. erst ganz allmählich kalte Abwaschungen. Aufenthalt im Mittel- oder Hochgebirge, auch Winterkuren. Innerlich Sirolin, Sir. ferri jodati (Rp. 167) teelöffelweise oder Rp. Guajacolcarbonat 3,0, Ol. jecoris aselli ad 200,0. S. Umschütteln, 2 × tgl. 1 Kinderlöffel. Ev. vorsichtige Tuberkulinkur. Hasenknopf.

**Solaninvergiftung.** Durch Genuss von Solanumarten, wie Nachtschatten (*S. nigrum*), Bittersüss (*S. dulcamara*), bes. aber unreifer bzw. keimender Kartoffeln (*S. tuberosum*). **Sympt.:** Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Koliken, ev. auch Fieber, Mydriasis, Lichtscheu, Ohrensausen, Krämpfe usw. **Therapie:** Magenspülungen mit 2% Tannin unter Zusatz von etwas Natr. bicarb. Im übrigen symptomatisch. Guttman.

**Soor.** Vorzugsweise bei durch Krankheit oder Ernährungsstörungen geschädigten Säuglingen der ersten 2 Lebensmonate. **Ätiol.:** Wucherung des Soorpilzes (Gattung *Monilia candida*) auf trockner u. sauer reagierender Mundschleimhaut. **Sympt.:** 1. Runde, milchweisse, fest auf der Schleimhaut der Zunge, Wangen u. Lippen, weiterhin auch des Gaumens u. Schlundes haftende, senfkorn- oder linsengrosse, unter Umständen konfluierende Flecken. 2. Erschwerung des Saugens durch Schmerzhaftigkeit der geröteten, trocknen u. geschwollenen Schleimhaut. **Komplik.:** Durchfall u. Intertrigo. Metastasen u. Allgemeininfektion nur bei kachektischen Kindern. **Diff.-Diagnose:** Anhaftende Milchreste leicht abwischbar. Lokalisation auf Tonsillen kann Diphtherie vortäuschen (mikrosk. Untersuchung). **Therapie:** Mehrmals täglich Pinselungen mit Rp. Natr. biborac. 2,5. Glycerin ad 10,0. Hasenknopf.

**Spasmophile Diathese** (Syn. Tetanie der Kinder). Beruht zweifelsfrei auf einer Ernährungsstörung. Vorwiegend bei künstlich genährten Kindern (Milchnährschaden!) vom 2. Halbjahre ab. Hat aber weder mit Rachitis noch mit der Zahnung etwas zu tun (Zahnkrämpfe gibt es nicht). **Sympt.:** 1. Plötzlich einsetzende oder durch leicht fieberhafte Erkrankungen ausgelöste, allgemeine, klonisch-tonische Krämpfe von verschiedenster Dauer u. Stärke. 2. Damit zusammen oder auch als einziges Symptom Glottiskrampf\* mit völliger Unterbrechung der Respiration. Nach Aufhören desselben erfolgen die bekannten laut krähenen Inspirationen; ev. auch Tod unmittelbar

im Anfall. 3. Spasmen der Hand- u. Fussmuskulatur (Carpopedalspasmen, Pfötchen- oder Geburtshelferstellung der Hand). Nur durch objektive Untersuchung sind nachweisbar 4. u. 5. Chvostek'sches u. Trousseau'sches Phänomen (cf. Tetanie). 6. Galvanische Übererregbarkeit (am N. medianus K. Ö. Z. unter 5 M. A.). Tritt 1—3 mit 4—6 zusammen auf, spricht man von manifester, ist nur 4—6 nachweisbar von latenter Tetanie. **Diff.-Diagnose:** Krämpfe cerebralen u. epileptischen Ursprungs sind auszuschliessen, falls elektrische u. mechanische Übererregbarkeit nachweisbar. **Therapie:** Des Krampfanfalls s. S. 127: bei Sistieren der Atmung ausserdem künstliche Atmung. Ferner längere Zeit Rp. Natr. brom., Ammon. bromat.  $\text{aa}$  1,5, Aq. dest. ad 100. S.  $3 \times$  tgl. 10 ccm). Bei manifester Tetanie ausserdem Ausschaltung der Kuhmilch, u. ausschliessliche Ernährung mit Frauenmilch. Ist diese nicht zu beschaffen, 1—2 wöchige Mehl-diät u. vorsichtiges Einschleichen mit Kuhmilch (auch später niemals mehr als  $\frac{1}{2}$  bis  $\frac{3}{4}$  l pro Tag) u. Vegetabilien. Bei latenter Tetanie Verhütung jeglicher Überernährung.

Hasenknopf.

**Speichelfluss.** So reichliche Produktion bzw. Ansammlung von Speichel, dass die Kranken ihn ausspucken oder aus dem Munde laufen lassen müssen. **Ätiol.:** Reizung der Speichelcentren (am Boden des 4. Ventrikels u. dorsal von den Facialiskernen). Reflektorisch bei allen Mund- u. Rachenkrankheiten, bes. Stomatitis mercurialis; Dentition, Magendarmkrankheiten, Helminthiasis; weiblichen Genitalaffektionen, Schwangerschaft; Reizung der Chorda tympani bei Mittelohrleiden; Trigemminusneuralgie; im Beginn mancher Infektionskrankheiten (Pocken, Typhus usw.); Basedow, Tabes (anfallsweise), Paralysis agitans, Hysterie, Melancholie usw. Direkt bei Erkrankungen der Medulla obl. u. Brücke (bes. Bulbärparalyse), bei Vergiftung mit Pilocarpin, Muscarin, Nicotin usw. — Sp. kann aber auch dadurch eintreten, dass der Schluckakt behindert ist (Oesophagusverengung, Wutkrankheit, Tetanus usw.), oder bei dauerndem Offenstehen des Mundes (Stuporzustände, Dementia paralytica usw.) **Komplik.:** Sprech-, Kau-, Ernährungsstörungen, Abmagerung, Ekzeme an den benetzten Stellen. **Therapie:** Wenn möglich causal. Bei Stomatitis mercurialis bes. Kali chloricum (1 Messerspitze in 1 Glas Wasser zum Gurgeln). Bei Magendarmleiden Traubenkur empfohlen (einige Wochen tgl. 3—4 Pfund). Im übrigen adstringierende Mundwässer: 1% Alaun, Aisol oder Tannin; Tinct. Myrrhae, Tinct. Ratanhia  $\text{aa}$  (20—30 Tr. auf 1 Glas Wasser); Rp. Aluminis 5,0, Infus. Fol. Salviae 20,0:200,0. Innerl. Opium (0,02 alle 2—4 Std.) oder Atropin (Rp. 147a). Guttman.

**Spermatocystitis.** Akute Entzündung der Samenblasen im Anschluss an akute Gonorrhoe. *Sympt.:* Bei rectaler Untersuchung hinter der Prostata eine meist ovoide, elastische, auf Druck empfindliche heisse Geschwulst fühlbar, ev. bis gänseeigross. Subjektiv Gefühl der Schwere in der Analgegend, Schmerzen beim Stuhlgang u. Urinieren, starke sexuelle Erregung u. priapistische Erektionen; mitunter Fieber. Diagnostisch wichtiger eitrig-sanguinolente Johannisbeergelee ähnliche Pollutionen (Hämotospermatorrhoe) u. mikroskopisch nachzuweisende Spermien, Eiter- u. Epithelzellen im exprimierten Sekret. Die Erkrankung heilt spontan oder der lang andauernde Katarrh geht in das chronische Stadium über u. führt zu einer Erweiterung der Samenbläschen mit Spermatorrhoe\*. Sollte sich eine Sp. lange hinziehen, so ist an tuberkulöse Erkrankung zu denken. Ausser den genannten Symptomen dann ev. Tuberkelbacillen im Harnsediment u. sonstige tuberkulöse Veränderungen im Körper. *Diff.-Diagnose:* Schwierig gegenüber Prostatitis. Der aus der Harnröhre fliessende Same wird nach vorhergegangener Prostatamassage u. Blasenausspülung aufgefangen u. mit Doppelfärbung (Methylenblau u. Fuchsin) gefärbt; der Kopf der Samenfäden wird hellblau, der Schwanz hellrosa gefärbt, während die Lecithinkörperchen des Prostatasekretes rot erscheinen. *Therapie:* Mastdarmkühlung mit dem Arzberger'schen Apparate, Massage mit dem Felekischen Prostatamasseur.

M. Joseph.

**Spermatorrhoe.** Samenverluste, unabhängig von Erektionen oder wollüstigen Vorstellungen oder Pollutionen während oder gegen Schluss der Defäkation u. Harnentleerung. Ursache häufig schwere Neurasthenie, Prostatitis gonorrhoeica chron., schwere organische Nervenerkrankung. Nach langer Dauer wird Patient unlustig zur Arbeit, hypochondrisch u. die Potenz vermindert. Mikroskopisch findet man Spermatozoen in lebhafter Bewegung oder unreife Sp. mit kleinem, geknicktem oder eingerolltem Schwanz, Prostatakörper, Epithel aus Prostata u. Urethra. *Therapie:* Kalte Sitzbäder, Winternitzsche Kühlsonde, Brom (Rp. 139 ff.). Auch Rp. Cornutin. citric. 0,05, Cretae praep. 5,0, Gummi Tragacanth. 6.0 u. f. pil. No. 20. S. 3 × tgl. 1 Pille.

M. Joseph.

**Spina bifida.** Angeborene Spaltung der Wirbelsäule, infolge ausgebliebenen Verschlusses des Wirbelkanals. *Sympt.:* In der Mittellinie der Lendenwirbelsäule oder Kreuzbeinegend Vorwölbung eines rundlichen Tumors von dünner, oft narbiger Haut bedeckt, fluktuierend, kompressibel, wobei mitunter Steigerung des Hirndruckes (Bewusstseinsstörung, Krämpfe, vermehrte Spannung der Fontanelle). Sehr oft kombiniert mit

Lähmung oder Schwächung der Beine, Blasen- u. Mastdarmschwäche. Geschwulst besteht aus cystisch degenerierten Rückenmarkshäuten oder wechselnden Anteilen des Rückenmarks selbst („Meningocele“ bzw. „Myelomeningocele“). Wirbelsäulenspalt oft tastbar, auch ohne Geschwulst; dabei ev. auch Lähmung bzw. Blasenmastdarmschwäche. Haut über dem Spalt manchmal abnorm behaart. **Therapie:** Sehr schwierig wegen Gefahr der Meningitis u. unsicher. Gemacht wurde Punktion u. Jodinjektion. Radikaloperation durch Knochen- oder Weichteilplastik nach Abtragung u. Naht des Sackes. **Prognose:** In jedem Fall sehr dubiös. Kaposi.

**Spina ventosa.** Flaschenförmige Auftreibung tuberkulös erkrankter Metacarpen bzw. Phalangen kleiner Kinder. Entsteht dadurch, dass vom Mark ausgehende tuberkulöse Granulationen mehr u. mehr die Corticalis zerstören, während gleichzeitig aussen durch periostale Reizung neuer Knochen gebildet wird. **Sympt.:** Typisches Krankheitsbild, schmerzloser Ablauf; die allmähliche Auftreibung u. Verdünnung der Corticalis kann zur Fistelbildung mit spärlicher Sekretion führen; auch kleine Sequester möglich. Oft multipel auftretend. **Prognose:** Günstig; spontane Ausheilung möglich, oft allerdings mit Verstümmelung der Knochenform. **Therapie:** Zunächst exspektativ. Passive Stauungshyperämie, Sorge vor zu starker Veränderung der Gestalt. Bei Fistelbildung Exochleation, Kauterisation usw. Cf. Knochentuberkulose. Leser.

**Spinalparalyse, spastische.** Sehr selten ganz reine, aber sicher vorkommende primäre Degeneration der Pyramidenseitenstränge des Rückenmarks. Sehr viel häufiger dabei noch Erkrankungen anderer Stränge (Goll-Burdach, Kleinhirnseitenstränge) oder myelitische bzw. sklerotische Herde. **Ätiol.:** Syphilis, Trauma, Bleivergiftung u. a. toxische Schädlichkeiten (Lathyrus). **Sympt.:** Bei ganz reinen Fällen langsamer Beginn im 20.—40. Jahre mit Ermüdung u. Spannung in den Beinen bes. bei komplizierten Bewegungen; schon jetzt Sehnenreflexe gesteigert, Babinski, Oppenheim, bei passiven Bewegungen Muskelspannung. Später nehmen die Spannungen zu, der Kranke klebt beim Gehen am Boden, schiebt sich in kleinen Schritten vorwärts. Auch die Arme können allmählich ergriffen werden, dagegen sind Sphincteren u. Sensibilität normal. — Häufig treten aber nach u. nach Symptome von Myelitis\*, multipler\* Sklerose hinzu. — Bei einer hereditären, familiären sp. Spinalparalyse, die sich durch Generationen forterben kann (Strümpell) kommen ganz zuletzt bisweilen sensible Störungen, Blasenschwäche hinzu, also Zeichen kombinierter Systemerkrankung. Verlauf u. Dauer: viele Jahrzehnte. **Diff.-Diagnose:**

Myelitis\*, multiple\* Sklerose, Hysterie\*. Cf. Kinderlähmung, cerebrale. **Therapie:** Meist aussichtslos. Schonung, milde Hydrotherapie (Kuren in Nauheim), leichte Massage, Übungen. Versuche mit Arsen (Rp. 21 ff.), Strychnin (Rp. 151), Galvanisation. Meist empfiehlt sich Versuch mit antiluetischer Therapie (trotz geringer Erfolge selbst bei spezifischer Natur des Prozesses).

S. Schoenborn.

**Spitzfuss** (Pes equinus). Dauernde Plantarflexion des Fusses. **Ätiol.:** Selten kongenital; etwas häufiger mit Pes varus kombiniert (P. equinovarus). Erworben: narbig, durch Verkürzung der Haut, Bänder, Sehnen, Muskeln; arthrogen, neurogen (spastisch, viel öfter paralytisch); endlich kompensatorisch bei Verkürzung des Beins. **Sympt.:** Plantarflexion zwischen 90 u. 180°, gewöhnlich nahe an 180°, also Fussspitze wesentlich näher dem Boden als Ferse; Fuss stützt sich auf Köpfchen der Metatarsen u. Ballen der grossen Zehe. Noch stärkere Grade seltener; schliesslich so weitgehend, dass Kranker auf Fussrücken auftritt. Gang wenig elastisch, Bein verlängert. **Prognose:** Relativ gut, zumal Korrektur leicht. **Therapie:** Bei Kindern jedenfalls orthopädisch: Massage, redressierende Bewegungen, ev. elastischer Zug an vorderem Teil des Schuhwerks, der am Unter- bzw. Oberschenkel ansetzt. Bei schwereren Fällen Tenotomie der Achillessehne u. forciertes Redressement in Narkose; bei paralytischer Form mit Verkürzung des Beins (Atrophie) ev. Wladimiroff-Mikulicz'sche Resektion angezeigt. In veralteten Fällen auch Talusexstirpation erfolgreich. Leser.

**Spondylitis.** Entzündung der Wirbelsäule, speziell tuberkulöse; daneben auch andere (seltener) Formen.

1. **Akute infektiöse Osteomyelitis.** **Sympt.:** Wie an anderen Knochen, akuter Beginn mit hohem Fieber, schwere Allgemeinsymptome, lokale heftige Schmerzen, Abscess- u. Sequesterbildung. **Therapie:** Womöglich primären Herd freilegen (schwierig).

2. **Arthritis der Wirbelsäule.** Verschiedene Formen von leichten Schmerzen u. reflektorischen Versteifungen bis zu völliger Ankylose. Leichte Fälle, oft als rheumatisch aufgefasst, oft kombiniert mit Affektionen an Extremitätengelenken oder Muskelrheumatismus. Die chronisch ankylosierende Sp. mit den zwei Typen Strümpell-Pierre-Marie u. Bechterew. Hierbei im Laufe von Jahren unter Schmerzen auftretende allmählich völlige Versteifung aller Wirbelgelenke u. Verknöcherung auch der Wirbelbänder, so dass schliesslich mehr oder weniger ausgesprochene einzige knöcherne Kyphose der Wirbelsäule besteht (Sp. deformans). Beim ersten Typ beteiligen sich auch Schulter- u. Hüftgelenk (die Wurzelgelenke, daher „Sp.

rhizomélique“), bei Bechterew nicht. **Therapie:** Salicyl, Bäder, bes. Heissluft, Massage. Bei der chronischen Form ziemlich machtlos. Cf. Arthritis deformans, Polyarthritis rheum. chron.

3. **Sp. tuberculosa.** Am häufigsten; bes. bei Kindern. **Sympt.:** Anfangs grosse Ermüdbarkeit, Unlust beim Spielen. Neigung zum Sitzen u. Liegen; Gehen, Bücken, überhaupt alle Bewegungen der Wirbelsäule machen Schmerzen. Wirbelsäule steif gehalten. Ein oder mehrere Dornfortsätze schmerzhaft, ebenso passive Bewegungen der Wirbelsäule. Sehr bald spitzwinkliger Gibbus; ev. fortschreitende Verkrümmung der Wirbelsäule. Kompressionsmyelitis. Bei Eiterbildung ev. Senkungsabscesse\*. **Prognose:** In schweren Fällen Tod unaufhaltsam. Unter geeigneter Therapie aber auch Stillstand bzw. Ausheilung in Kyphose (Beweis die vielen Buckligen). **Therapie:** Am besten vom Orthopäden zu leiten. Allgemein diätetisch (cf. Lungentuberkulose) u. orthopädisch. Nach Lorenz ist es Aufgabe letzterer „1. die Wirbelsäule zu fixieren, 2. den Krankheitsherd von dem Gewichte des supragibbären Segmentes zu entlasten.“ Dazu vom Fachmann anzulegende Lagerungsapparate (Phelpsches Stehbett, Lorenzsches Gipsbett usw.) oder Stützapparate (z. B. Korsette aus Gips, Leder, Filz, Celluloid usw. Beide erfordern exakte Kontrolle wegen des Decubitus. Lähmungen können sich in günstigen Fällen völlig zurückbilden. Operative Inangriffnahme des Wirbelherdes wiederholt versucht, wegen grosser Gefahren stets wieder aufgegeben. (Cf. Senkungsabscesse).

Kaposi.

**Sporotrichose.** **Ätiol.:** Infektion mit Sporotrichon (Klasse Mucedineen). **Sympt.:** An verschiedensten Körperstellen haselnussgrosse subcutane Knötchen mit geröteter Oberfläche, nach deren Erweichung sich dicker Eiter entleert u. ein Geschwür mit verdickten unscharfen Rändern entsteht. **Therapie:** Jodkalium.

M. Joseph.

**Sprachstörungen.** Sprachverständnis beruht auf Unversehrtheit der Wortklangbilder, die sich der Mensch als Kind erwirbt. Diese lokalisiert zu denken im Wernickeschen sensorischen Sprachcentrum in der 1. linken Schläfenwindung. Zu ihrer Erwerbung u. späteren Weckung durch Sprachlaute ist notwendig Verbindung mit Gehörapparat (Schnecke, N. acusticus, Hörcentrum im Schläfenlappen beiderseits). Sprechen geschieht durch Einwirkung des Broca'schen motorischen Sprachcentrums in der linken 3. Stirnwindung (Lokalisation der Wortbewegungsbilder) auf den Sprachmuskelapparat (Lippen-, Zungen-, Gaumen-, Respirationsmuskeln, deren Nerven, Nervenkerne u. die diesen übergeordneten corticalen Endstätten an



verschiedenen Stellen beider Grosshirnhemisphären). Bei angeborener oder in ersten Lebensjahren erworbener (Meningitis\*) Taubheit entwickelt sich kein Sprachverständnis (Taubstummheit\*), wenn nicht durch methodischen Unterricht andere Sinnesorgane zum Ersatz herangezogen werden. Störungen der vorhandenen Sprache zerfallen in: a) Aphasie; Erkrankungen der Sprachcentren bei intaktem Sprachmuskelapparat. b) Anarthrie: Erkrankungen im Sprachmuskelapparat bei intakten Sprachcentren.

**Motorische Aphasie.** *Ätiol.:* Herd in Gegend der 3. linken Stirnwindung. Ursachen: Trauma, Blutungen, Embolie, Thrombose, Tumor, Abscess. Oft bei Arteriosklerose\*, mehr vorübergehend bei Lues cerebri\*, Dementia paralytica\*. *Sympt.:* Stummheit bei Sprachverständnis (nur einzelne Laute u. Worte möglich). Zu unterscheiden: a) Reine (sog. subcorticale) motorische A.: Brocas Centrum mit Wortbewegungsbildern erhalten, seine Verbindung zum Sprachmuskelapparat unterbrochen, nicht zum Schreibapparat hin. Daher Schreiben erhalten wie auch Sprachverständnis, Lesen, Rechnen. Nur Stummheit. b) Corticale motorische A.: Brocas Centrum geschädigt, Wortbewegungsbilder verloren; Sprechen u. Schreiben aufgehoben, innere Sprache beeinträchtigt trotz erhaltenem Wortverständnis. Lesen möglich. Man kann motorische A. als Spezialfall der Apraxie\* auffassen.

**Sensorische Aphasie.** *Ätiol.:* Herd in Gegend der linken 1. Schläfenwindung. Ursachen wie bei motorischer A. *Sympt.:* Spricht u. schreibt viel, doch meist ohne Wortverständnis, daher verkehrt (Paraphasie, Paragraphie). Zu unterscheiden: a) Reine (sog. subcorticale) sensorische A.: Wernickes Centrum mit Wortklangbildern erhalten, Verbindung zum Gehörapparat unterbrochen. Gehörte Worte nicht verstanden, wohl aber gelesene (Bahn zum sensorischen Sprachcentrum vom Sehcentrum in Hinterhauptslappen frei); Sprechen u. Schreiben intakt. b) Corticale sensorische A.: Wernickes Centrum geschädigt, Wortklangbilder verloren; Paraphasie u. Paragraphie; gehörte u. gelesene Worte nicht verstanden. c) Transcorticale sensorische A.: Wortklangbilder in Wernickes Centrum erhalten, doch ihre Verbindung mit zugehörigen Begriffsvorstellungen gestört durch diffusen Rindenprozess (Dementia senilis\* u. arteriosclerotica\*): Paraphasie u. Paragraphie; kein Wort- u. Leseverständnis; mechanisch = verständnislos Nachsprechen, Kopieren, Diktatschreiben möglich.

**Amnestische Aphasie** (Syn. transcorticale motorische A.) ist eine Form von Gedächtnisstörung, bei der es unmöglich ist, sich ohne Nachhilfe auf die Namen von Gegenständen zu besinnen, während Wortverständnis u. Sprechfähig-

keit voll erhalten. Gelingt es, Gegenstände durch Betasten zu erkennen, nicht durch Sehen, so ist es **optische A.** Isolierter Verlust der Lesefähigkeit heisst **Alexie**, der Schreibfähigkeit **Agraphie**, des Musikverständnisses **Amusie**. Erschwerung des Nachsprechens durch Verlegung der direkten Bahn vom sensorischen zum motorischen Sprachcentrum heisst **Leitungs-A.**

**Diff.-Diagnose:** Bei Aphasie gibt sich Kranker Mühe, vorgehaltene Gegenstände zu benennen (beschreibt sie vielleicht), Aufforderungen zu befolgen, bleibt haften (perseveriert), indem er öfters dasselbe Wort, dieselbe Bewegung als Reaktion bringt; er ermüdet deutlich. Bei psychisch bedingter Stummheit (Mutismus) besteht oft allgemeine Bewegungsarmut (Stupor) oder Widerstreben (Negativismus), wenn Katatonie\*; Fehlen von Wortresten u. Perseverieren bei Hysterie\* oder flüsternde, tonlose Sprache (Aphonie); dazu Mangel sonstiger Zeichen organischer Läsion. Vorbeireden der Katatoniker u. Hysteriker trägt im Gegensatz zu Paraphasie absichtlichen Charakter. Amnestische Aphasie kommt vorübergehend bei Psychosen vor (Epileptische\*, Delirien\*, Amentia\*). **Therapie:** Behandlung des Grundleidens. Bei Luesverdacht Hg-Kur. Stets Jod versuchen. Erst nach  $\frac{1}{2}$  Jahre methodische Übungen im Sprechen u. u. Schreiben.

**Anarthrie** resp. **Dysarthrie** ist Erschwerung der Aussprache einzelner Buchstaben durch Lähmung von Sprachmuskeln. Sprache ist verwaschen, undeutlich, als ob Kloss im Munde („bulbär“), nasal, langsam (Bradylalie). Schliesslich nur unverständliches Lallen. **Ätiol.:** Erkrankung der Nervenkerne in Medulla oblongata (Bulbus rachidicus) bei Bulbärparalyse; der corticalen Endstätten in beiden Hemisphären bei Pseudobulbärparalyse. **Diff.-Diagnose:** Bei Bulbärparalyse Atrophie mit elektrischer Entartungsreaktion in den befallenen Mundmuskeln, bei Pseudobulbärparalyse nicht. Beide Male Schluckstörungen. Abgehacktes Sprechen (Skandieren) bes. bei multipler Sklerose\*. Silbenstolpern durch Inkoordination der Sprachmuskeln mit Versetzen der Silben, Hängenbleiben, Verschleifen unter Mitbewegungen im Gesicht ist charakteristisch für Dementia paralytica\* („artikulatorische Sprachstörung“). **Stottern** kommt durch Krampf in den Sprachmuskeln, macht Festkleben am ersten Laute unter krampfhaften Muskelspannungen u. Mitbewegungen im Gesichte. Beim **Stammeln** (mangelhafter Lautbildung) fehlen krampfartige Erscheinungen. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens; methodische Sprachübungen. Raecke.

**Stauungspapille.** **Ätiol.:** Raumbeschränkende Prozesse im Schädelinneren (Gehirntumoren, Meningitis, Lues u. Tuberkel des Gehirns, Cysticercus cerebri, Hydrocephalus acutus,

Nierenleiden). Der (vermehrte) Liquor cerebrospinalis sucht entlang den Netzhautcentralgefässen einen Ausweg u. verursacht Oedem der Papille. Bei entzündlichen Affektionen der Nasennebenhöhlen, Tumoren der Orbita (einseitige Stauungspapille), durch abgekapselten Hydrops der Sehnervenscheide. **Sympt.:** Rötung, Schwellung, Verbreiterung der Papille, Trübung der angrenzenden Retina, bes. längs der Gefässe, hochgradige Stauung der Netzhautvenen bei Verengerung der Arterien, Blutungen auf der Papille u. in der Umgebung, weisse Fettdegenerationsherde der Retina (ab u. zu Sternform in der Macula). Später wird Papille atrophisch, blasst ab, bleibt aber verbreitert u. leicht vorgetrieben. Blutungen u. Fettdegenerationen resorbieren sich allmählich. Subjektiv im Anfange ausser den Symptomen des Grundleidens keine Störung, dann infolge Zerfalls der Nervenfasern Abnahme der Sehschärfe, Einschränkungen des Gesichtsfeldes (auch infolge der Erkrankung des Centralorganes). **Diff.-Diagnose:** Ähnliche Bilder bei Retinitis\* albuminurica u. Thrombose\* der Centralvene. **Therapie:** Bekämpfung des Grundleidens. Bei eintretender Sehstörung Palliativtrepanation zur Entlastung der Schädelhöhle u. des Druckes innerhalb der Opticusscheide. Lumbalpunktion meist ungenügend. Schieck.

**Sterilität des Mannes.** **Ätiol.:** Ausser den bei Impotenz\* erwähnten Momenten Azoospermie (im ejaculierten Sperma keine Spermatozoen), bes. durch doppelseitige Epididymitis, Hodensyphilis, Obliteration des Vas deferens bedingt. Ferner Nekrospermie (Spermatozoen unbeweglich), bes. durch chron. Prostatitis gonorrhoeica bedingt, da nur normal sauer reagierendes Prostatasekret die Spermatozoen beweglich macht. Selten psychischer Aspermatismus, wobei trotz normaler Erektionen u. Kohabitation die reflektorische Auslösung der Ejaculation ausbleibt. M. Joseph.

**Sterilität des Weibes.** **Ätiol.:** Impotenz des Mannes; erworbene oder angeborene Verschlüsse der Geschlechtsteile (cf. Gynatresien); Verschluss durch Tumoren. Ungewöhnliche Enge des Muttermunds oder der Cervix (cf. Dysmenorrhoe); Retroflexio uteri; Myoma uteri (am ehesten Cervicalmyome); grösserer Dammriss; stark saures Sekret bei Scheidenkatarrh, Endometritis cervicis et corporis uteri; Hydro-Pyosalpinx; Oophoritis; Pelveoperitonitis. Ferner allgemeine Zustände psychischer u. körperlicher Art: Vaginismus\*; Sorge, Angst vor Kohabitation u. Geburt; Dyspareunie; Fettleibigkeit. **Diagnose:** Untersuchung beider Ehegatten; anamnestiche Feststellung der ehelichen Beziehungen. **Prognose:** Stets mit Reserve zu stellen. **Therapie:** Beseitigung etwaiger Hindernisse für die Kopula-

tion. Dilatation bzw. Discission des Muttermunds; antefixierende Operationen; ev. E nukleation eines Myoms; Kolpoperineoplastik; Ausspülungen mit alkalischer Flüssigkeit (Natr. phosphor. 3—5 %); Scheidentampons (Natr. phosph. 2,5, Glycerin 60,0) 1 Std. ante coitum; Kohabitation am besten 8—10 Tage vor der Menstruation. Post coitum Tieflagerung des Oberkörpers, Hochlagerung des Beckens mit geschlossenen Oberschenkeln. Roborierende allgemeine Behandlung. Ev. Entfettungskuren.

Kayser.

### **Stimmbandlähmungen.** Myopathisch u. neuropathisch.

**Ätiol.:** Für myopathische Form: akuter u. chronischer Katarrh, Überanstrengung der Stimme (Lehrer, Prediger, Sänger, Offiziere usw.), allgemeine Muskelschwäche (Chlorose, Anämie, Malaria usw.), Muskelentzündungen (bei tiefgehenden Schleimhautentzündungen), Neubildungen oder Gummata des Muskels. Für neuropathische Form: centrale Ursachen (seltener), wie Tabes dorsalis (incipiens), multiple Sklerose, Bulbärparalyse, progressive Muskelatrophie, Tumoren oder Syphilis des Gehirns (namentlich an Schädelbasis), ferner Hysterie (vorübergehende Lähmungen). Häufiger periphere Ursachen wie Verletzungen des N. vagus u. recurrens (Operationen). Druck durch Halsgeschwülste, Strumen (auf Struma substernalis achten!), Mediastinaltumoren, Schwellungen der Lymphdrüsen des Halses, Mediastinum, Bronchialsystems, Aneurysmen namentlich des Aortenbogens (Druck auf linken Recurrens; sehr häufiges Zusammentreffen, so dass oft wegen linksseitiger Stimmbandlähmung Aneurysma erst entdeckt wird), Schrumpfungen (tuberkulöse) der rechten Lungenspitze (verschiedener Verlauf des rechten u. linken Recurrens!) oder pleuritische Schwartenbildung, auch bisweilen Perikarditis. Rheumatische Ursachen wohl nicht ausgeschlossen; mitunter auch postdiphtherische Lähmungen.

**Sympt.:** Störungen der Sprech- u. Singstimme bis Heiserkeit u. Aphonie (hysterische). Atembehinderung bis laut tönenden Stridor (bei doppelseitiger Posticuslähmung), seltener Schluckstörungen. Laryngoskopisch: Stets in Respiration u. Phonation untersuchen! Bei (sehr selten) Lähmung des N. laryngeus s. sup.: Anästhesie der Kehlkopfschleimhaut u. ungenügender Epiglottisschluss, daher Verschlucken ohne Reflexhusten, ev. Schluckpneumonie; oder Lähmung des M. cricothyreoideus allein (auch sehr selten) mit mangelhaft gespannter, tieferstehender Stimmlippe, Stimmchwäche, Heiserkeit, Fehlen der hohen Töne. Lähmung der Mm. crico-arytaenoidei laterales (sehr selten allein, meist mit folgenden zusammen) unbedeutende Stimmstörung, Klaffen der Glottis bei Phonation in Gegend der Proc. vocalis-Spitzen (Fig. 3 u. 5). Lähmung des M. arytaenoideus transversus (sehr häufig bei

### Schema der Stimmbandlähmungen\*).

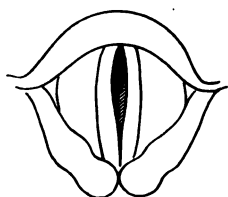


Fig. 1.

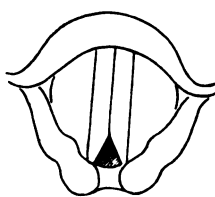


Fig. 2.

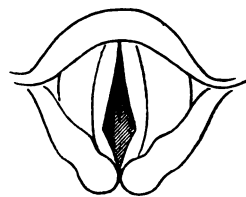


Fig. 3.

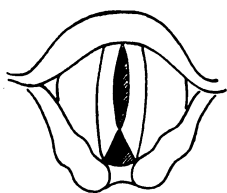


Fig. 4.

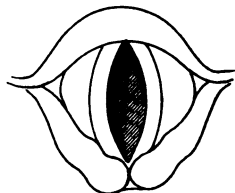


Fig. 5.

Fig. 1—5. Phonationsstellung bei Funktionsausfall bzw. Lähmung einzelner Kehlkopfmuskeln. Fig. 1 der Vocale (Thyreo-arytaenoidei); Fig. 2 des Interarytaenoideus; Fig. 3 der Cricoarytaenoidei laterales; Fig. 4 der Vocale und des Interarytaenoideus; Fig. 5 der Vocale und der Crico-arytaenoidei laterales.

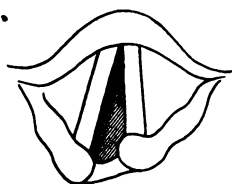


Fig. 6.

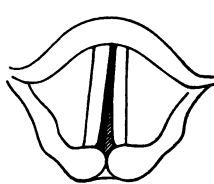


Fig. 7.

Fig. 6. Linksseitige Posticuslähmung. Respiationsstellung.

Fig. 7. Beiderseitige Posticuslähmung. Respiationsstellung.



Fig. 8.

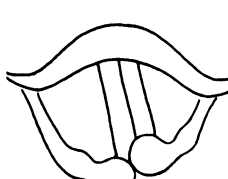


Fig. 9.

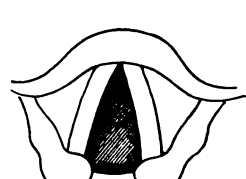


Fig. 10.

Fig. 8. Linksseitige Recurrenslähmung. Respiationsstellung.

Fig. 9. Linksseitige Recurrenslähmung. Phonationsstellung.

Fig. 10. Beiderseitige Recurrenslähmung. Respiations- und Phonationsstellung.

\*) Aus KÖRNER, Lehrbuch der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten.

akutem u. chronischem Katarrh), Heiserkeit u. dreieckförmiges Klaffen der hintersten (knorpeligen) Glottis bei Phonation (Fig. 2 u. 4). Lähmung der Mm. vocales (Syn. Thyreo-arytaenoidei intern., eigentliche Stimmbandinnenmuskeln) Heiserkeit, schlaffe daher nicht gradlinige Stimmbänder (meist doppelseitig), in Mitte exkaviert u. mithin bei Phonation spindelförmig klaffende Glottis, oft vikariierendes Vordrängen der Taschenfalten, sehr häufig mit voriger Lähmung zusammen (Fig. 1 u. 5). Bei Hysterie Lähmung sämtlicher Glottisschliessmuskeln (meist bei jungen Mädchen) mit Stimmlosigkeit (Aphonia hysterica oder nervosa) und Offenstehen der ganzen Glottis bei Phonation (auch ungenügende, krampfhaft Schliessbewegung mit sofortigem Wiedezurückweichen); trotz Stimmlosigkeit bei Phonation, sehr charakteristisch, dass Husten mit volltönender Stimme erfolgt. Bei Lähmung des N. recurrèns (ein- oder doppelseitig) Stimmstörungen bei einseitiger Erkrankung, nach einiger Zeit meist durch vikariierend-adaptierendes Verhalten der gesunden Stimmlippe (Überschreiten der Mittellinie und Anlegen an die gelähmte während Phonation) ausgeglichen (Fig. 9); häufig wegen ungenügenden Glottisverschlusses sogenannte „phonatorische Luftverschwendung“. Beginn fast regelmässig mit Lähmung des glottisöffnenden M. crico-arytaenoideus posticus (Rosenbach-Semonsches Gesetz), so dass Stimmband zuerst in Cadaverstellung (Mitte zwischen Phonation\* und Respiration), dann in Median- (Phonations-) Stellung unbeweglich steht (Fig. 8 u. 10). Posticuslähmung, namentlich doppelseitige, wo Stimmband wie in Phonation steht, sehr leicht zu übersehen, wenn nicht auch stets in Respiration untersucht wird, da bei Phonation normales Bild (Fig. 6 u. 7); Atemstörungen hierbei s. o. Mit fortschreitender Recurrenslähmung auch Beteiligung der Glottisschliesser u. dauerndes Verweilen der Stimmlippen in Cadaver- d. h. Ruhestellung (Fig. 8 u. 10). Oft Mitaffektion der Epiglottis, welche asymmetrische Bewegung und Gestaltung zeigt. Bei doppelseitiger Recurrenslähmung nicht immer beide Seiten in gleichen Phasen, sondern häufig kombinierte Bilder. Trotz Stillstehens der Stimmlippe macht der Aryknorpel oft Bewegungen über Mitte hinaus, weil sein M. transversus von gesunder Seite mitinnerviert wird; oft namentlich bei vollkommenen Lähmungen sinkt Aryknorpel wegen ungenügender Spannung nach hinten über. **Komplik.:** Bei centraler Ursache Lähmungen anderer Nerven u. Muskeln z. B. des N. accessorius (Mm. sternocleidomastoideus u. cucullaris), Hypoglossus, Schlundlähmung\*. Bei doppelseitiger Posticuslähmung Kehlkopfstenose\*. **Diff.-Diagnose:** Ob Lähmung oder mechanische Bewegungshinderung durch Narben (Syphilis, Diphtherie), Ankylose der Crico-arytaenoidalgelenke (Perichondritis\*, Tuber-

kulose). **Therapie:** Behebung ev. allgemeiner u. lokaler Ursachen (genaueste Allgemeinuntersuchung erforderlich). Massage, Elektrizität. Bei Hysterie Suggestion, Sprech- u. Atemübungen. Bei doppelseitiger Posticuslähmung rechtzeitig Tracheotomie, an deren Stelle nur im Notfall Intubation. Erfolg bei myopathischen Lähmungen gut, bei neuropathischen (Recurrenslähmung) wenig aussichtsreich.  
Max Senator.

**Stirnhöhleneiterung.** Akut u. chronisch, gewöhnlich gleichzeitig Siebbeinzelleneiterung\*, so dass Sympt. beider ineinander übergeht. **Ätiol.:** Wie bei Keilbeinhöhleneiterung\*. **Sympt.:** Wie bei Kieferhöhleneiterung. Nur Sondierung u. Spülung stets unsicher, da oft fälschlich in eine vordere Siebbeinzelle führend, nicht selten ganz unmöglich. Durchleuchtung nicht vom Munde aus, sondern Lampe zwischen Augen auf Stirn oder im innern Orbitalwinkel jeder Seite, wobei erkrankte Stirnhöhle dunkler (sehr unzuverlässig). Ferner natürliche Öffnung am tiefsten bei aufrechter Kopfhaltung, wobei auch am meisten Eiterausfluss. Knochenaufreibungen aber an Stirn, beginnend an innerer Orbitalwand, ev. mit Bulbusverdrängung; auch gelegentlich Verdickung u. Druckschmerzhaftigkeit der Nasenwurzel mit oedematöser Haut darüber. Statt Zahnschmerz usw. Stirnkopfschmerz, Druckschmerz an Supraorbitalwand. **Komplik.:** Wie bei Keilbeinhöhleneiterung\*; von Nebenhöhleninfektion bei weitem Siebbein bevorzugt, das meist gleichzeitig vereitert. **Diff.-Diagnose:** S. Keilbeinhöhleneiterung. **Therapie:** Wie bei Eiterung der vorderen Siebbeinzellen\*.  
Max Senator.

**Stomatitis.** Entzündung der Mundschleimhaut, sehr oft gemeinsam mit Zahnfleischentzündung (Gingivitis).

**St. catarrhalis.** **Ätiol.:** Fast immer mangelhafte Mund- u. Zahnpflege. **Sympt.:** Schwellung der Mundschleimhaut u. des Zahnfleisches, leichtes Bluten, kleine Geschwürchen, übler Geruch aus dem Mund (s. Aphthen). **Therapie:** Zahnbehandlung durch Zahnarzt. Mundpflege mit leichten antiseptischen Mundwässern (cf. S. 157).

**St. ulcerosa.** Syn. Mundfäule, Stomacace. **Ätiol.:** Quecksilbervergiftung\*, aber auch ohne dieses Gift manchmal endemisch in Kasernen u. Schulen, ferner bei geschwächten Leuten, bes. Kindern. **Sympt.:** Enorme Schwellung der ganzen Mundschleimhaut. Zähne drücken sich ab; tiefe, schmierig belegte Geschwüre, leicht blutend. Ekelhafter Geruch. Wegen der Schmerzen Ernährung, Sprache sehr erschwert. Fieber. Rascher Kräfteverfall, oft Exitus. **Therapie:** Quecksilber sofort weglassen, Mundspülungen mit Kal. chloricum usw., Eisschlucken, namentlich Ätzungen mit 5 % iger Milchsäure. Zahnbehandlung,

allgemeine Ernährungsbehandlung. Cf. Aphthae, Pyorrhoea alveolaris, Skorbut.

Kaposi.

**Strabismus concomitans.** Übergewicht eines Augenmuskels über seinen Antagonisten infolge Veranlagung. Beim St. alternans besteht Möglichkeit, abwechselnd mit dem einen u. dem anderen Auge zu fixieren resp. zu schielen. Voraussetzung ist ungefähr gleiche Sehschärfe u. Refraktion beider Augen. Beim St. periodicus nur zeitweises Schielen. Beim latenten St. wird Schielstellung nur beobachtet, wenn man vor das eine Auge die Hand hält, dasselbe also vom binocularen Sehakte abschliesst, u. hinter der Hand die Stellung des verdeckten Auges kontrolliert. Geht mit der Zeit u. bei besonderen Anstrengungen leicht in manifestes Schielen über. Man unterscheidet ferner nach den befallenen Muskelgruppen:

**St. convergens. Ätiol.:** Meist Hypermetropie. Da Akkommodation u. Konvergenz zusammengehören u. Weitsichtige schon beim Sehen in die Ferne akkommodieren müssen, tritt Schielstellung nach einwärts ein. St. conv. wird begünstigt, wenn eines der hyperopischen Augen amblyopisch ist. **Sympt.:** Bei Fixation mit dem nicht schielenden Auge ist das schielende Auge so gestellt als wenn es einen Gegenstand betrachtet, der in der Horizontalebene des fixierten Gegenstandes auf der gegenüber liegenden (gekreuzten) Seite sich befindet. Verdeckt man das gesunde Auge durch die vorgehaltene Hand u. wird dadurch das schielende Auge zur Fixation gezwungen, so tritt das gesunde Auge in die Schielstellung nach einwärts; u. zwar ist der Grad der Ablenkung der gleiche wie vorher. Oft jedoch hat das schielende Auge die Fähigkeit central zu fixieren ganz verloren, so dass der Versuch misslingt. Am schielenden Auge auch nicht selten Beweglichkeitsbeschränkung des (mangelhaft entwickelten) Rectus externus; der äussere Limbus erreicht dann beim Blick nach aussen nicht die Lidkommissur. **Therapie:** Totalkorrektion etwaiger Hypermetropie samt Astigmatismus, nachdem durch Atropin Akkommodation ausgeschaltet (Skiaskopische Kontrolle!). Stereoskopische Übungen. Wird Schielen durch korrigierende Gläser nicht oder ungenügend beeinflusst, Vorlagerung u. Resektion des Rectus externus vorgenommen, ev. mit Tenotomie des Internus kombiniert. Manchmal muss man diese Operationen an beiden Augen ausführen.

**St. divergens. Ätiol.:** Myopie (Kurzsichtige brauchen nicht zu akkommodieren; damit fällt ein Impuls zur Konvergenz fort, Rectus externus bekommt Übergewicht über Internus). Amblyopie, wenn keine Hypermetropie vorliegt. **Sympt.** u. **Therapie:** Wie bei St. convergens; nur gilt das dort vom Rectus internus Gesagte hier für den Rectus externus (Insuffizienz der Interni siehe muskuläre Asthenopie).



**St. sursum** bzw. **deorsum vergens**. Schielen nach oben u. unten ist selten, beruht auf kongenitaler Schwäche einzelner Muskelgruppen, kann durch Tenotomie des Rectus superior bzw. inferior beeinflusst werden. Resultat meist unbefriedigend. — Strabismus paralyticus cf. Augenmuskellähmungen.

Schieck.

**Strophulus infantum.** *Sympt.:* Bei Kindern im Alter von 3—12 Monaten erscheinen linsengrosse, hellrote, stark juckende, in der Mitte mit einem oder mehreren Bläschen versehene, der Urticaria ähnliche, wie kleine Glasperlen (Lichen urticatus) anzufühlende Papeln oder Quaddeln, meist abends oder in der Nacht u. sind über den ganzen Körper mit Bevorzugung des Rumpfes verteilt. Das Jucken ist sehr heftig, die Affektion aber gutartig u. überdauert meist nicht das 2. oder 3. Lebensjahr. Die Eruptionen verschwinden in einigen Tagen, um bald wieder zu erscheinen; im Sommer gewöhnlich mehr ausgebildet als im Winter. *Therapie:* Beseitigung ev. Verdauungsstörungen. In hartnäckigen Fällen Antipyrin (1 : 25 Sir. simpl., abends 1 Teelöffel). Äusserlich Rp. 206 oder 210.

M. Joseph.

**Struma.** Kropf, Vergrösserung der Schilddrüse. Die Schilddrüse dient zur Entgiftung des Organismus von physiologisch entstandenen Giften; kongenitaler Defekt oder operative totale Entfernung führen zu Kretinismus bzw. Kachexia strumipriva (Verblödung, Abnahme der Körperkräfte, Myxoedem\*), Tetanie\* (diese ev. auch nach partieller Entfernung). Zu unterscheiden: diffuse oder circumscriphte Vergrösserung; echte Hypertrophie (parenchymatös-adenoide Form) u. Kolloid-Struma, (Vermehrung der kolloiden Substanz). Durch Schwund der Zwischenwände Konfluieren u. Verflüssigung der einzelnen Kolloidknoten bildet sich die St. cystica; bei bes. reichlicher Blutgefässentwicklung die St. vasculosa, durch Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes die St. fibrosa. Seltener Verkalkung u. Verknöcherung der Wände. *Ätiol.:* Noch unbestimmt, geographisch-endemische Verbeitung, Gebirgsgegenden bevorzugt (Alpen, Thüringen, Pyrenäen usw.); sehr wahrscheinlich Wasserversorgung von Bedeutung. Erblichkeit u. wiederholte Kopfkongestionen wirken prädisponierend. *Sympt.:* Bei zugänglicher Lage sicht- u. fühlbare Vergrösserung der Schilddrüse; je nach Lappen u. Wachstumsrichtung verschieden, zuweilen scheinbar ohne Verbindung mit Schilddrüse. Sehr wichtig substernale St. Konsistenz des Kropfes verschieden je nach Zusammensetzung: Bei St. parenchymatosa ganze Schilddrüse vergrössert, von mässig derber gleichmässiger Konsistenz, zuweilen einige Knoten fühlbar; Kolloidstruma weichelastisch, hier u.

da derbere Partien; Cystenknopf fluktuierend, jedoch nicht immer, wenn prall gefüllt; Gefässknopf ist komprimierbar, zeigt Gefässgeräusche. Bei alten Leuten Verkalkung; hierbei cave Verwechslung mit maligner Entartung, bei der ebenfalls meist derbere Teile nachzuweisen (schnelleres Wachstum, frühzeitige Verwachsung!). Knopf hat gleichsinnige Bewegungen mit Kehlkopf (Schluckenlassen). Wichtig Druckerscheinungen seitens der Nachbarorgane, z. B. N. recurrens (Heiserkeit, Aphonie), Venen (Cyanose, Herzklopfen, Kopfcongestionen). Die Trachea wird ev. verbogen, zusammengedrückt, säbelscheidenförmig u. weich, so dass plötzlich Abknickung u. „Knopftod“ erfolgen kann; hierbei frühzeitig Atemnot, Luftmangel, bes. bei substernaler St. u. „Tauchknopf“ (bewegliche St., die auf äusseren Druck bzw. bei tiefer Inspiration in den Thorax gelangt) Nicht selten „Knopfherz“, d. h. Herinsuffizienz durch mechanische Erschwerung des Kreislaufs, aber auch durch toxische Einflüsse (cf. S. 224, 229 u. Basedow). **Prognose:** Anceps, je nach Form u. Behandlung; gut bei sachgemässer Operation. **Therapie:** Längere Zeit hindurch Jodpräparate, äusserlich als Salben bzw. Einreibungen (Ung. Kali jodali, Jodvasogen usw.) oder innerlich als Jodkali usw. (Rp. 27 ff); ferner Schilddrüsen-substanz (Rp. 179—182). Beides nur erfolgreich bei jugendlichen Individuen mit hypertrophischen Strumen (cave Jodmarasmus, Herzstörungen!). Am besten partielle Exstirpation mittels Kochers Kragenschnitt; sorgfältige Blutstillung, Schonung des N. recurrens (Ligaturen nahe an der Drüse). Bei einzelnen Knoten auch Enucleation günstig. Prognose der Operation sehr gut (1—2% Todesfälle).

Maligne Strumen sind solche, welche Metastasen in Knochen u. Lungen verursachen, ohne dass Drüse selbst malign entartet, ja ohne selbst vergrössert zu sein. — Hier von zu scheiden: Carcinom u. Sarkom der Schilddrüse. Hier plötzlich schnelle Vergrösserung einer schon bestehenden Struma oder der normalen Drüse; charakteristisch die baldige Verwachsung mit Umgebung; gewöhnlich derbere Konsistenz **Therapie:** Möglichst baldige Exstirpation. I. eser.

**Strychninvergiftung.** Durch das reine Alkaloid (arznei-lich, Rattengift), Samen und Rinde von Strychnos nux vomica (Krähenaugen bzw. falsche Angusturarinde), Samen von Strychnos Ignatii (Ignazbohnen). **Sympt.:** Zuerst Steifigkeit der Kaumuskeln u. Glieder, Zuckungen; dann nach einigen Minuten bis Stunden heftigste tetanische Krämpfe mit Opisthotonus, starken Muskelschmerzen, grosser Angst, erhaltenem Bewusstsein; ausgelöst durch äussere Reize (Berührung, Geräusche), später auch spontan. Zwischen den Anfällen immer kürzere Pausen, bis Exitus durch Beteiligung der Atmungsmuskeln

oder Lähmung des respiratorischen oder vasomotorischen Centrums. Bei sehr grossen Dosen Tod nach wenigen Minuten nach einmaligem Streckkrampf. **Diff.-Diagnose:** Bei Tetanus Verlauf weniger rasch, die Krämpfe beginnen gewöhnlich mit Trismus u. erfolgen in längeren Pausen; ev. Fieber. Bei Meningitis Anamnese u. Verlauf zu berücksichtigen; höheres Fieber, keine so gesteigerte Reflexerregbarkeit. Bei Epilepsie Bewusstlosigkeit u. vorwiegend klonische Krämpfe; letztere auch bei Hysterie nebst sonstigen Stigmata. Santonin, Pikrotoxin, Codein u. a. Gifte machen mehr epileptiforme Krämpfe. **Therapie:** Vor allem Chloroformnarkose, da jede Berührung neue Krämpfe auslöst. Ev. auch Chloralhydrat (subcutan 1—2 Spritzen einer 50% Lösung oder rectal 1,5—2,5), Morphinum; als Notbehelf auch reichlich starke Alkoholica. Dann Magenspülungen mit 2% Tannin unter Zusatz von etwas Natr. bicarb. O-Einatmung, Aderlass, Kochsalzinfusion. Guttman.

**Stupor.** Zustand allgemeiner Hemmung auf motorischem Gebiet, bis zur völligen Regungs- u. Reaktionslosigkeit. Glieder schlaff oder gespannt oder verharren in passiv ihnen gegebenen Stellungen (Katalepsie, Flexibilitas cerea). Episodisch bei verschiedensten Psychosen, vor allem Katatonie\*, dann Hysterie\*, Epilepsie\*, Melancholie\*, Dementia paralytica\*, Amentia\*.

Ausserdem von manchen Autoren **primärer Stupor** (Syn. Dementia acuta, Stupidiät) beschrieben: Hemmung von Denken u. Handeln ohne begleitenden Affekt. **Ätiol.:** Erbliche Belastung, Auslösung durch Erschöpfung, Shock, Kopftrauma, Infektionskrankheiten. **Sympt.:** Schlafähnlicher Zustand. Keine oder verkehrte Reaktion auf Reize. Mangelhafte Auffassung. Apathie oder Ratlosigkeit; oft Unsauberkeit. Eindruck von Verblödung, doch allmählich Aufhellung. Episodische Erregungen möglich. **Diff.-Diagnose:** Organische Erkrankungen mit Benommenheit (Gehirntumor usw.) durch Untersuchung auszuschliessen. Gegen Amentia\* u. Katatonie\* keine sichere Abgrenzung. **Therapie:** Wie bei Amentia\*. Raecke.

**Subinvolutio uteri.** **Sympt.:** Mangelhafte Rückbildung des Uterus nach der Geburt. Uterus ist grösser, als es der Zeit des Wochenbettes entspricht, fühlt sich weich u. schlaff an. Es wird reichlich Sekret abgesondert, dem oft Blut beigemischt ist, resp. treten reine Blutungen auf (Spätblutungen). **Diff.-Diagnose:** Retention von Placentarteilen. Nur durch kombinierte Untersuchung zu erkennen. Durch den noch offenen Muttermund fühlt man den fremden Inhalt, der entfernt werden muss. **Therapie:** Bettruhe, heisse Scheidenspülungen 2—3× tgl., reichliche Gaben von Ergotin (Rp. 98 bis 101). Fromme.

**Subphrenischer Abscess.** Eiteransammlung zwischen Zwerchfell u. Leber oder (seltener) zwischen Zwerchfell u. Milz bzw. Magen; rechterseits häufiger. **Ätiol.:** Abscess nach diffuser eitriger Peritonitis, fortgeleitete Eiterung nach Pleuraempyem, Appendicitis oder (selten) nach infektiöser Leber- oder Nierenkrankung, auch traumatisch nach Stichverletzung usw. dieser Gegend. — Linkerseits ausserdem ev. auch eitrige Perigastritis (perforierte Magengeschwüre), Pankreasaffektionen, Milzabscess. **Sympt.:** Heftiger Schmerz rechts oder links in Oberbauchgegend; Schüttelfrost; hohes Fieber, zuweilen wieder aufflammend nach eitriger, scheinbar abgelaufener Peritonitis. Vorwölbung der unteren Brustseite (Intercostalräume) mit Dämpfung u. Aufhebung des Atemgeräusches, Lebertiefstand. Ist der Abscess durch Perforation eines lufthaltigen Organes gashaltig („Pyopneumothorax subphrenicus“), dann Erscheinungen wie bei abgesacktem Pneumothorax\*. **Diff.-Diagnose:** Gegenüber Pleuraempyem zuweilen nicht möglich, da Diaphragma oft sehr hoch gedrückt ist. Anamnese, Röntgenbild. **Therapie:** Möglichst baldige völlige Entleerung des Eiters durch Incision von hinten bzw. an der am meisten vorgewölbten Stelle; Sorge für tadellosen Abfluss durch zweckentsprechende Drainage. Führt Incision durch intakte Pleura, dann entweder Naht der Pleurawunde, Tamponade unterhalb u. Eröffnung nach 2 × 24 Stunden oder in dringendem Falle sofortige Incision des Abscesses nach Naht der Pleurawunde. Leser.

**Sulfonal- u. Trionalvergiftung.** **Sympt.:** Somnolenz bis Koma, Cyanose, Geruch der Atmungsluft nach Mercaptan. Bei subakutem u. chron. Verlauf Kopfschmerzen, Schwindel, Verwirrtheit, Depression, Parästhesien, Lähmungen, Ataxie usw.; oft Hämatoporphyrinurie (S. 205); auch Bronchopneumonie u. Nephritis. **Therapie:** Magendarmentleerung, Aderlass, Kochsalzinfusion, Diuretica (Rp. 66 usw.), Excitantien (Rp. 55 usw.). Guttman.

**Superacidität.** Abscheidung eines salzsäurereichen Magensaftes bei der Verdauung; oft auch vermehrte Saftmenge (= Supersekretion). **Ätiol.:** Abgesehen von Gastritis chronica\* acidia findet sich S. meist bei Ulcus ventriculi, benignen Pylorusstenosen, Obstipation\*, Chlorose u. als nervöse Superacidität bei Neurasthenie. Ferner anfallsweise bei intermittierendem Magensaftfluss u. gastrischen Krisen. **Sympt.:** Druck u. Völlegefühl; manchmal (jedoch nicht bei nervöser Form) Anfälle von krampfartigen Magenschmerzen einige Stunden nach der Mahlzeit. Appetit gut; oft (leicht stillbarer) Heiss hunger. Saures Aufstossen, Sodbrennen; Erbrechen selten. Stuhl oft angehalten, Magen nüchtern leer. Nach Probefrühstück gut chymi-

fizierter Inhalt in normaler Menge (oder vermehrt u. dünnflüssig = Supersekretion); freie HCl 35—80, Gesamtacidität 65—100. **Diff.-Diagnose:** Cf. Magensaftfluss, Pylorusstenose, Magen-erweiterung. **Prognose:** Je nach Grundkrankheit; meist nicht ungünstig. **Therapie:** Zunächst die des Grundleidens. Diät im allgemeinen reizlos u. mehr animalisch als vegetabilisch (anders bei Obstipation\*!). Reichlich Fett (Butter, Rahm, Öl); cv. mit Sonde einzugiessen. Antacida: Natr. bicarb., Magnesia usta kaffeeelöffelweise nach dem Essen. Bei Schmerzen (s. auch Gastralgie, Magensaftfluss) Belladonna oder Atropin, ev. mit Antacidis kombiniert: Rp. Extr. Bellad. 0,25, Natr. bicarb., Magnes ust.  $\text{aa}$  20,0. S. kaffeeelöffelweise nach dem Essen. Behandlung der Obstipation\* ; Trinkkuren mit Karlsbader, Vichy, Neuenahrer, Mergentheimer Wasser. Beuttenmüller.

### **Sykosis simplex** (nicht parasitäre Bartflechte). **Sympt.:**

An den behaarten Teilen des Gesichtes in langsamer chronischer Entwicklung eine Anzahl von einem Haare durchbohrter Pusteln. Dazu treten kleine Knötchen u. nach längerem Bestande krustös bedeckte infiltrierte Partien. Zieht man ein Haar heraus, so entleert sich der Pustelinhalt, u. das ausgezogene Haar ist von einer glasigen, aufgequollenen Scheide umgeben. Ursache der S. an der Oberlippe häufig chron. Rhinitis; an den übrigen Bartstellen schliesst sich die S. an lange bestehende Ekzeme an; häufig sind auch die Haare zu dick gegenüber den Haarwurzelscheiden, wodurch eine Folliculitis barbae entsteht. **Diff.-Diagnose:** Die parasitäre S. ist Folgezustand des Herpes tonsurans; die sekundär sich hiernach entwickelnden Knoten sitzen in der Tiefe des Coriums; in den ausgezogenen Haaren Trichophyten (cf. S. 588). **Prognose:** Nicht ganz günstig, da lange Behandlung nötig u. Rezidive sehr häufig. **Therapie:** Abnehmen des Bartes u. tägliches Rasieren. Ausser Schwefelsalicylpaste (Rp. 203) u. der Brookeschen Salbe (Rp. Hydrarg. oleinic. (5%) 20,0, Acid. salicyl., Ichthyoli  $\text{aa}$  1,0, Pasta Zinci ad 50,0) Röntgenbehandlung, wodurch am schnellsten Epilation. In manchen Fällen dann dauernde Heilung, andere Male Wiederholung nötig. Bei S. der Oberlippe muss die Rhinitis gleichzeitig behandelt werden. M. Joseph.

### **Sympathische Ophthalmie.** **Ätiol.:** Metastase einer

von unbekanntem Mikroorganismen hervorgerufenen im Uvealtraktus lokalisierten Entzündung. **Sympt.:** Am ersterkrankten (sympathisierenden) Auge schleichende Entzündungszustände, anschliessend an eine mit Eröffnung der Augenhüllen einhergegangene Verletzung oder Operation. Praedisponierend sind Verletzungen im Bereiche des Corpus ciliare. Zeichen der sympathisierenden O. sind nach 14 Tagen u. länger noch bestehende

Ciliarinjektion, Lichtscheu, Druckempfindlichkeit des Corpus ciliare (kann fehlen!), plastische Exsudatbildungen in der hinteren Kammer (flächenhafte hintere Synechien). Am zweiten (sympathisierten) Auge zunächst pericorneale Injektion, allmählich schwere plastische Iritis mit Chorioiditis u. Glaskörperexsudaten, ausgedehnte Verwachsungen u. Schwartenbildungen der Iris mit lebhaften Reizerscheinungen des Auges. Gefahr der Erblindung durch Sekundärglaukom oder Amotio retinae, Phthisis bulbi. Intervall zw. Verletzung des ersten Auges u. symp. O. des zweiten: frühestens 14 Tage, meist 4—6 Wochen bis zu Jahrzehnten (selten). Eine besondere Form ist die Neuroretinitis sympathica, die sich auf die Erkrankung des Nerven und der Retina beschränkt u. leichter verläuft. **Therapie:** Rechtzeitige Enukleation des verletzten Auges zur Verhütung des Ausbruchs der Erkrankung auf dem zweiten. Absolute Sicherheit ist erst vorhanden, wenn 4 Wochen nach vollzogener Enukleation verstrichen sind, ohne dass das zweite Auge eine Entzündung erkennen lässt. Sobald die sympathische Entzündung auf dem zweiten Auge auch nur in den ersten Anfängen zu diagnostizieren ist, kommt die Enukleation zu spät und ist bei der Ungewissheit des Schicksals des zweiten Auges solange ein Kunstfehler, als das erste Auge noch einen Rest von Sehvermögen hat. Bei ausgebrochener symp. O. Schmierkur mit hohen Dosen Ungt. cinereum. Behandlung durch Spezialisten u. im Krankenhaus unbedingt geboten, oft vergeblich.

Von der eigentlichen symp. O. zu unterscheiden die sympathische Reizung. Auch hier ist eine Verletzung des ersterkrankten Auges Voraussetzung, doch fehlt jegliche organische Veränderung am zweiten Auge; nur Neurose, welche Lichtscheu, Tränen, Funktionsstörung am anderen Auge hervorruft u. nach Enukleation des ersterkrankten Auges sofort verschwindet. Bedingt durch reflektorischen Reizzustand der Ciliarnerven.

Schieck.

**Symphysis perikardiaca.** Partielle (strangartige) oder vollständige Verwachsung beider Herzbeutelblätter; im letzten Falle keine Herzbeutelhöhle mehr (Obliteratio perikardii). **Ätiol.:** Perikarditis fibrinosa. **Sympt.:** Oft vollkommen fehlend. Zuweilen systolische Einziehungen, bes. an der Herzspitze, aber auch an Basis, unterem Brustbeinende, unteren Rippen neben der Wirbelsäule (Broadbentsches Zeichen); während der Diastole werden die eingezogenen Teile oft vorgeschleudert. Dies ist aber nicht durch die S. p. als solche, sondern durch gleichzeitige Perikarditis ext. bzw. Mediastinoperikarditis bedingt, ebenso wie ev. Unverschieblichkeit des Herzens bzw. der Lungenränder, Abschwächung oder inspiratorische Verstärkung des Spitzenstosses, Pulsus paradoxus, inspiratorische Anschwellung

der Halsvenen. Zuweilen durch die mechanische Erschwerung der Contraction bzw. durch Ausbreitung der Entzündung aufs Myokard Herzinsuffizienz u. Dilatation mit ihren Symptomen; aber auch Hypertrophie oder Atrophie möglich. **Komplik.:** Leberschwellung mit Ascites (cf. S. 452). **Diagnose:** Nur vermutungsweise möglich, wenn nach sicherer Perikarditis schwere Mediastinitis auftritt u. wenn trotz grosser Herzdämpfung Puls klein aber regelmässig. Zuweilen lautes blasendes bzw. pfeifendes systolisches Geräusch an der Spitze u. links daneben, von perikarditischen Residuen herrührend (O. Rosenbach). Unverhältnismässig grosser Ascites u. Leberschwellung können die Diagnose unterstützen. **Therapie:** Wie bei Herzklappenfehlern bzw. Mediastinoperikarditis. Guttmann.

**Syncytioma malignum.** Von den epithelialen Elementen der Chorionzotten ausgehende bösartige Neubildung. **Ätiol.:** Stets im Anschluss an Schwangerschaft (häufig Blasenmole), seltener Tubargravidität. Voraussetzung: Hineingelangen von Chorionzotten in Venen der Schwangeren resp. Gebärenden. **Sympt.:** Meist einige Monate oder Jahre (bis 9!) nach der Schwangerschaft bilden sich eigenartige bläulichrote mikroskopisch aus grossen decidualen Zellen bestehende sehr blutreiche, zur Gangrän neigende, meist multiple Knoten, die durch starke Blutung zu hochgradiger Anämie, Prostration u. Kachexie führen; mitunter Albuminurie. Nach Ausräumung der Massen kehrt Blutung bald wieder; ab u. zu Bluthusten. Frühzeitig (auch nach gründlicher Ausräumung) Metastasen in Lungen, Scheide, Blase. Ausheilungen (anscheinend auch metastatischer Prozesse in den Lungen) sind beobachtet. In seltenen Fällen geht Geschwulstbildung bei gesundem Uterus von der Scheide aus. Mitunter gleichzeitig doppelseitiger Ovarialtumor u. Ovarialveränderungen. **Diagnose:** Verdächtig rezidivierender Placentarpolyp in Verbindung mit Albuminurie; entscheidend histologische Untersuchung, welche aber über grössere oder geringere Bösartigkeit nichts sagt. **Therapie:** Radikal-operativ; bei uterinem Sitz vaginale Uterusexstirpation. Kayser.

**Syringomyelie.** Im engeren Sinne Höhlenbildung im Rückenmark; damit eng verbunden gliomatöse Neubildung (Gliose, Gliomatose), deren Zerfall erst die Höhle bildet. **Pathol. Anat.:** Bei ausgebildeten Fällen unregelmässige, selten in einer Erweiterung des Centralkanals („Hydromyelus“) bestehende centrale Spaltbildung an beliebiger Stelle (besonders im Halsmark), von der Umgebung durch Ependymzellen- u. Gliawucherung abgeschlossen. Bisweilen auch rund um die Höhle echte (primär vorhandene) Gliom- oder Sarkommassen. **Ätiol.:** Anlass zu dem ganzen Prozess (ausser bei

malignen Tumoren, wo spontaner Zerfall) geben kongenitale Anlage, vielleicht bisweilen traumatische Blutungen (cf. Hämatomyelie). Jedenfalls in der Anamnese häufig Traumen. Meist jüngere Männer betroffen. **Sympt.:** Motorische Symptome: Muskelatrophie mit Parese u. Ea R. in den Armen, speziell kleinen Handmuskeln (Predigerhand, Affenhand), u. scapulo-humeral (Deltoides, Cucullaris u. a.); dabei fibrilläre Zuckungen u. gesteigerte Triceps- u. Vorderarmreflexe. Meist rechts u. links nicht symmetrisch. Häufig dabei spastische Parese der Beine ohne Atrophie; jedenfalls fast stets gesteigerte Sehnenreflexe, Babinski. Nur bei tief herabreichender S. auch an den Beinen Atrophie. **Sensible Symptome:** Sog. dissoziierte Empfindungslähmung, am häufigsten an Händen u. Schultergürtel, u. zwar meist Tastempfindung erhalten bei exquisiter Analgesie u. Thermanästhesie. Streifenförmige segmentäre Anordnung. **Trophische Symptome:** Dermographie, Urticaria, gestörte Schweisssekretion, Sklerodermie; namentlich aber Panaritien, bes. an den Händen (oder diffuse Handschwellung), mit fortschreitender Nekrose, Gangrän u. dadurch hochgradigen Fingerverstümmelungen („Morvansche Krankheit“). Häufig auch Arthropathien wie bei Tabes, Spontanfrakturen. Schon frühzeitig u. vielleicht ätiologisch von Bedeutung Skoliose u. Kyphose der Brustwirbelsäule. Sphincteren, Sexualsphäre meist in Ordnung. **Hirnnervenstörungen:** Pupillendifferenz, partielle Anästhesie (auch dissoziiert) in Trigeminasästen, Zungenatrophie, Recurrenslähmung. **Verlauf:** Chronisch, bis zu 30 Jahren, nur bei Tumoren rascher. **Prognose:** Schlecht, obwohl selten direkt zum Exitus führend. Besserungen kommen vor, Heilung kaum. **Diff.-Diagnose:** Die Art der Sensibilitätsstörung gestattet meist Abgrenzung gegen Rückenmarksgeschwülste\* u. Hämatomyelie\*. Verteilung der Paresen gegen amyotrophische\* Lateralsklerose verwertbar. Cf. multiple Sklerose, Tabes, Lepra (nur bei Mutilationen), Hysterie. **Therapie:** Symptomatisch. Massage, Hydrotherapie, Galvanisation, Argent. nitr. (3 × tgl. 1 Pille à 0,003—0,01 nicht länger als 4—6 Wochen), Strychnin (Rp. 151). Sorgsame Behandlung aller Verletzungen!

S. Schoenborn.

**Tabes dorsalis.** Graue Degeneration der Hinterstränge u. hinteren Wurzeln des Rückenmarks. **Ätiol.:** In erster Linie Lues; annähernd 90% Tabiker früherluetisch. Ob direkt spezifische Erkrankung, ob nur ein abnorm rascher „Aufbrauch“ des Nervengewebes durch das den Aufbrauch bes. begünstigende spezifische Gift, bleibt fraglich. Angeschuldigt ferner als Ursache bzw. auslösendes Moment Traumen, Erkältung, sexuelle Exzesse. **Pathol. Anat.:** In hinteren Wurzeln u. Burdachschen, weiter oben Gollischen Strängen centripetal



aufsteigender Zerfall der Nervenfasern mit Verlust der Marksheiden u. sekundärer Gliavermehrung. Daneben fast konstant eine bes. in der Nähe der Wurzeln deutliche Leptomeningitis. Wurzeln selbst zeigen das Bild interstitieller Neuritis. Häufig lokale Gefässeränderungen in Meningen u. Mark, ausserdem Degenerationen der Ganglienzellen in den Clarkeschen Säulen, bisweilen auch den peripheren Nerven. Degeneration zuerst sichtbar im Lendenmark. Häufig Opticus u. a. Hirnnerven mitergriffen. Sicher spezifische Veränderungen selten nachweisbar. *Sympt.*: Beginn meist mit „lanzinierenden“, blitzartig zuckenden Schmerzen („Rheumatismus“ der Kranken) bes. bei Erregung, Wetterumschlag. Ferner Parästhesien\*, bes. Taubheit der Füsse, Schwinden des Gefühls für die Unterlage, sowie Gürtelgefühl, später Kriebeln im Ulnarisgebiet. Endlich Doppelsehen oder Trübsehen. Objektiv im Anfangsstadium: Augenmuskelstörungen (Abducens, Oculomotorius) bis zur Ophthalmoplegie, Opticusatrophie; differente u. fast stets lichtstarre Pupillen, die sich aber auf Akkommodation noch lange Zeit gut verengern (Argyll Robertson'sches Zeichen). Sodann Hyperästhesie (zuerst meist taktil) an den Füssen u. Kältehyperästhesie (die Kranken können sich nicht mehr kalt abwaschen) am Rumpf, bes. Bauch. Endlich fehlt schon früh einer oder der andere Sehnenreflex (Achilles- oder Patellarreflex). Ausserdem Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis (fast konstant). Beim Fortschreiten des Leidens: ausser den Schmerzen häufig „Krisen“; heftige, Stunden u. Tage dauernde Schmerzanzfälle im Sympathicusgebiet, namentlich im Magen (mit Erbrechen, grossem Kräfteverfall), seltener im Darm, Blase, Kehlkopf, Genitalien. Der Anfall verschwindet meist so plötzlich wie er kam, wiederholt sich alle paar Wochen bis Monate. Nun auch deutlichere Sensibilitätsstörungen; an Füssen u. Beinen aufsteigend Hyperästhesie, Analgesie, Störung des Temperatursinnes; sehr häufig Verspätung u. Summation des Schmerzreizes (der einzelne Schmerzreiz wird gar nicht oder zu spät als Schmerz empfunden; bei Wiederholung desselben Reizes durch „Summation“ deutliche Schmerzempfindung); Kältehyperästhesie am Rumpf daneben fast konstant. Hodenanalgesie. Beim Stehen mit geschlossenen Füssen u. Augenschluss deutliches Schwanken bis zum Hinstürzen (Romberg'sches Phänomen, beruhend auf mangelnder Lagewahrnehmung, die sich auch sonst bei Bewegungsversuchen deutlich zeigt), Verlust des Gefühls für Vibration der Stimmgabel („Pallästhesie“)! Häufig, aber nicht konstant Ataxie\*, meist zuerst u. oft allein in den Beinen, dadurch stampfender, schleudernder Gang, ausfahrende Bewegungen. Muskeltonus fast stets herabgesetzt (leicht Überstreckung der Gelenke ausführbar), dadurch Ver-

zerrungen (Genu recurvatum). Sehnenreflexe fehlen jetzt am ganzen Körper, bald auch Plantarreflex. Retentio alvi, häufig auch Retentio oder Incontinentia urinae, geschlechtliche Impotenz. Seltener trophische Störungen: lokale Nekrosen (Mal perforant\*) bes. an der Grosszehe; Arthropathien\* (Aufreibung der Gelenke, bes. Knie, Hüfte, Schulter, Wirbelsäule, mit Beteiligung aller Weichteile u. Knochen, schmerzlos, später oft abnorme Beweglichkeit); Spontanfrakturen. Im Liquor cerebrospinalis fast konstant Zellvermehrung u. zwar reine Lymphocytose; Vermehrung des Eiweiss (Globuline), häufig Wassermannsche Reaktion positiv (im Blut d. Tabiker fast konstant!). Seltener Symptome: atrophische Prozesse einzelner Beinmuskelgebiete, Paresen der Hirnnerven (ausser den Augennerven noch Trigemini, Vago-Accessorius), Athetose. — Bei „Tabes superior“ Beginn in den oberen Extremitäten (Ulnaris). Verhältnismässig häufig Abortivformen, z. B. nichts als Pupillenveränderungen, Fehlen einzelner Reflexe, Lymphocytose des Liquor. **Komplik.:** Progressive Paralyse, Aortenaneurysma. Im späteren Verlauf häufig ascendierende Pyelonephritis, rascher Kräfteverfall, Marasmus, Decubitus. Tod nicht selten durch Sepsis oder Pyelitis. **Prognose:** Quoad sanationem schlecht. Heilungen kaum bekannt. Immerhin stationäre Fälle häufig, Besserungen (bes. einzelner Symptome) bei richtiger Behandlung die Regel. **Diff.-Diagnose:** In typischen Fällen leicht; schwierig gegen kombinierte Systemerkrankungen u. multiple Neuritis\*. Entscheidend meist die Lymphocytose des Liquor. **Therapie:** Bei positivem Wassermann jedenfalls Versuch mit Hg-Behandlung (Salvarsan riskant!), Jodkali. Galvanisation des Rückenmarks, Faradisation der anästhetischen Teile. Leichte Massage, Hydrotherapie (bes. CO<sub>2</sub>-Bäder, Nauheim, Oeynhaus; Vermeidung extremer Temperaturen!). Ableitungen auf die Haut (Jod). Tonisierendes Verfahren, z. B. Erbs tonische Pillen (Rp. Ferr. lactic. 4—5, Extr. Chin. aquos. 5—4, Extr. Nuc. vom. spir. 0,5—1,0, Extr. Gentian. q. s. ad 100 Pillen, 3 × tgl. 2 Pillen), Arsen (Rp. 21 ff.), Eisen (Rp. 167 ff.), Schonung (körperlich wie geistig), Vermeidung aller Exzesse (Alkohol, sexuelle Erregungen). Symptomatisch bei Schmerzen am besten Mischungen bekannter Schmerzmittel in hohen Dosen (Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Codein usw.). Bei Krisen Ruhe, Diät, Morphin (sonst möglichst lange vermeiden!). Ataxiebehandlung (S. 46). Impotenz besser nicht direkt behandeln. Überhaupt Vermeidung jeder exzessiven u. jeder angreifenden Therapie. S. Schoenborn.

**Tachykardie.** Erhöhung der Pulsfrequenz um mehr als  $\frac{1}{3}$  der normalen. **Ätiol.:** Physiologisch bei Muskelarbeit. — Fieberhafte Erkrankungen (bei Typhus abdominalis relative

Bradykardie); auf nervöser Basis (Vaguslähmung, z. B. bei Meningitis; Überwiegen des Sympathicus bei Neurasthenikern, Morbus Basedow\*). Wichtig ferner als Zeichen der Herzinsuffizienz (akute u. chronische Muskelinsuffizienz, Endokarditis, Perikarditis). Auch idiopathisch (s. u.). **Diff.-Diagnose:** Zu achten auf Zeichen der Herzinsuffizienz (Urinmenge, Stauungsleber!); genaue Herzuntersuchung (Erweiterung der Grenzen; in zweiter Linie Geräusche). Durch psychische Ablenkung Besserung bei Neurasthenie. Sonstige Symptome der Grundkrankheit. **Therapie:** Die des Grundleidens. Symptomatisch Eisblase, bei nervöser Tachykardie Brompräparate, Valeriana usw. (cf. S. 232); Nackenkühlschlauch.

**Paroxysmale T.** Teils symptomatisch bei organischen Herzleiden, teils essentiell-nervös. **Ätiol.:** Unbekannt; neuropathische Anlage. **Sympt.:** Plötzlich Anfälle von Beklemmung, Herzklopfen, Mattigkeit. Dauer von wenigen Minuten bis zu vielen Stunden. Aufhören meist plötzlich. Puls (infolge gehäufter Extrasystolen) enorm beschleunigt, 180—300 pro Minute, weich, fadenförmig. Am Herzen Pendel-Rhythmus; bei längerem Anfall Dilatation u. Insuffizienz. **Prognose:** Bei organisch bedingten u. langdauernden nervösen Anfällen nicht gut; häufig sekundäre Herzschwäche. Ähnlich paroxysmale Bradykardie. **Therapie:** Im Anfall Eisbeutel, Ruhe, Brom, ev. Morphium; bei Herzschwäche Analeptica. In der anfallsfreien Zeit Versuch mit Jodkali; Hydrotherapie. Beuttenmüller.

**Taubheit.** Absolute beiderseitige Gehörlosigkeit oder so hochgradige Abnahme des Hörvermögens, dass geschrieene Sprache unmittelbar am Ohre nicht mehr verstanden wird. Einseitige Taubheit beeinträchtigt Verkehr mit Aussenwelt nur wenig. **Ätiol.:** Panotitis, doppelseitige Labyrinthitis oder Acusticusaffektion höheren Grades, konstitutionelle Erkrankungen (Syphilis, Dysthyreose), cerebrale Erkrankungen u. Entwicklungshemmungen. **Diff.-Diagnose** gegen Simulation: Nur der Nachweis, dass mit einem für taub erklärten Ohre gehört wird, nicht aber die Erkenntnis, dass der der Simulation Verdächtige die Unwahrheit spricht. Cf. Spezialwerke. Ganz Taube schon an der Bemühung zu erkennen, Gesprochenes vom Munde abzusehen, bei langjähriger Dauer der Taubheit auch an der monotonen, oft undeutlichen Sprache. Cf. Schwerhörigkeit.

Besteht die Taubheit von früher Jugend an so führt sie zur **Taubstummheit**, d. h. zur Unmöglichkeit, das Sprechen in der natürlichen Weise zu erlernen. **Ätiol.:** Die Taubheit kann angeboren oder in den ersten Lebensjahren erworben sein, so dass die schon vorhandene Sprache wieder verloren geht. Bei Lues hereditar. kann Taubstummheit noch in der zweiten Hälfte des ersten Jahrzehntes eintreten. Dysthyreose als Ursache

durch zahlreiche Fälle in Kropfgegenden erwiesen. Meningitis, Scharlach, letzterer namentlich bei Vernachlässigung der Mittelohrentzündung im akuten Stadium. **Therapie:** Taubstumme Kinder in Kindergärten für solche schicken. Vorhandene Hörreste in der ein- und zweigestrichenen Oktave zum Hörunterricht verwenden. Fortbildung nach der Entlassung aus der Taubstummenanstalt. Auch hier Intelligenz des Zöglings für Unterrichtserfolg entscheidend.

Bloch.

### **Tendovaginitis.** Sehnscheidenentzündung.

**T. crepitans.** *Ätiol.:* Überanstrengung. *Sympt.:* Serofibrinöser Erguss in die Scheide bzw. die doppelten Bindegewebsmassen der scheidenlosen Sehnen. Ablagerung von Fibrin an den Innenwänden, daher knarrendes Geräusch bei Bewegungen; dazu Schmerz u. ev. längliche Geschwulst entlang der Sehne. *Prognose:* Gut. *Therapie:* Ruhigstellung des Gliedes, ev. Pinselung von Jodtinktur, leichte Massage.

**T. purulenta.** *Ätiol.:* Infektion mit Staphylokokken, Streptokokken, seltener anderen Bakterien. — *Sympt.:* Fieber, Schmerz, schnell fortschreitende Schwellung längs der Sehne, bald auch der deckenden Haut; Funktionsstörung, ev. Fistelbildung nach Aufbruch. Grosse Gefahr für Sehne, wenn nicht sehr bald Eiter entleert wird. *Prognose:* Demnach abhängig von Behandlung; gut, wenn Eiter sehr früh u. vollkommen ausgeschaltet wird. *Therapie:* Möglichst bald Incisionen, die, um Narbencontracturen zu verhüten, klein u. multipel gehalten werden. In milden Fällen passive Stauungshyperämie. Jedenfalls sehr bald passive u. aktive Bewegungen.

**T. tuberculosa.** Entweder in Form des Hydrops (Hygrom) mit Fibrinbildung (= Reiskörperchen) oder ohne solche; Wandung hier mit tuberkulösen Granulationen besetzt, begleitet von rein serösem oder serofibrinösem Erguss. Oder fungöse Form, wobei derbe tuberkulöse Granulationen mit spärlichem Erguss oder Eiterbildung (= kalter Abscess). *Ätiol.:* Primäre oder (häufiger) sekundäre tuberkulöse Infektion; obere Extremität bevorzugt (Beuger). *Sympt.:* Allmähliche Schwellung mit ausstrahlenden Schmerzen, leichter Ermüdung des Gliedes, Störung der Bewegungen. Wichtig Feststellung von Reiskörperchen; Verdickung der Wandung; zuweilen *Lipoma arborescens* für Diagnose ausschlaggebend. Ganz chronischer Verlauf. *Therapie:* Bei den serösen Formen Punktion u. Einspritzung von Jodoformglycerin, bei den granulierenden u. eitrigen breite Incision u. sorgsamste Entfernung aller tuberkulösen u. verdächtigen Gewebe, auch ev. der miterkrankten Sehne; Naht mit Lücken, in die noch Jodoformglycerin injiziert wird. Wichtig jedenfalls sehr frühzeitige Bewegungsübungen.

Spezielle Diagnostik und Therapie.

Ausnahmsweise akute wie chronische T. auch auf gonorrhöischer oder syphilitischer Basis. Behandlung wie oben. Leser.

**Tenesmus alvi.** Schmerzhafter Stuhl drang. *Ätiol.:* Diarrhoe, schwere Enteritiden, Proktitis (katarrhalis, Dysenterie, Carcinom, Lues, Tuberkulose, Gonorrhoe); Fissura ani, Hämorrhoiden, Prolaps, Periproktitis, Rectumpolypen, Intussusceptionen (bei Kindern), Prostatitis acuta (dann gleichzeitig Dysurie), tabische Mastdarmkrisen. *Sympt.:* Häufige kleine Stuhlmengen werden unter heftigem Schmerz abgesetzt. *Diff.-Diagnose:* Sonstige Symptome des Grundeidens. Ev. Digitaluntersuchung des Rectums oder Rectoskopie. *Therapie:* Die der Grundkrankheit. Symptomatisch: Opium- u. Belladonna-Suppositorien (Rp. 10, 146). Heisse Sitzbäder; heisse Psychrophorspülungen; ev. Tannineinläufe ( $\frac{1}{2}$ —2%). Beuttenmüller.

**Tetanie.** Übererregbarkeit bes. des peripheren Nervensystems mit spontanen Krämpfen namentlich der Arme. *Ätiol. u. Pathogenese:* Noch nicht völlig klar; aber wahrscheinlich bei vielen (allen?) Formen der T. eine durch Erkrankung der Epithelkörper (Glandulae parathyreoideae) hervorgerufene, toxische Allgemeinerkrankung. Erwiesen ist diese Beziehung für T. nach Kropfexstirpation, naheliegend für T. der Kinder, Schwangerschafts-T., T. bei Magendarmstörungen u. bei infektiösen u. toxischen Erkrankungen. Am schwersten erklärbar für die an manchen Orten endemische, im Frühjahr oder Herbst auftretende Berufstetanie der Schuster, Schneider, Lederarbeiter, Schlosser. Meist anfallsweise auftretend im Anschluss an oben genannte Schädlichkeiten, meist einige Wochen dauernd; gern rezidivierend u. in vielen Fällen wohl dauernd latent vorhanden. *Pathol. Anat.:* Negativ. Epithelkörperbefunde bisher nicht eindeutig. *Sympt.:* Meist aus völliger Gesundheit mit geringen Prodromen (ziehende Schmerzen, Parästhesien) auftretende tonische Krämpfe der Hände (Pfötchenstellung, Geburtshelferstellung) u. Arme (Flexion, Adduktion) seltener der Füße u. Beine (analog), noch seltener der Rumpf-, Gesichts-, Augenmuskeln, Laryngospasmus (bei T. der Kinder häufig!). Bisweilen bei intendierten Bewegungen auftretend, fast stets beiderseits symmetrisch. Dauer Minuten bis Tage. Latente Symptome sind die mechanische Facialisübererregbarkeit (beim Streichen über die Wangen Zuckung des gleichseitigen Facialisgebiets (Chvostek), die Übererregbarkeit der übrigen motorischen (bei Beklopfen regionäre Muskelzuckung), sensiblen (bei Druck Parästhesien), bisweilen sensorischen Nerven (namentlich elektrisch, Hyperakusis), die experimentelle Auslösbarkeit der Krämpfe durch Kompression (z. B. des Oberarms [Trousseau]), die gal-

vanische Übererregbarkeit (rasche Zuckung bei sehr geringen Stromstärken, leichte Auslösbarkeit des Anodenöffnungstetanus [Erb]). Endlich trophische Störungen: Schweissabnormitäten, Veränderungen an Haar u. Nägeln, Katarakt. **Komplik.:** Epilepsie, Rachitis, Hysterie, maligne Magendarmtumoren. **Diff.-Diagnose:** Leicht abzugrenzen bei genauer Beobachtung gegen Hysterie, Epilepsie, Tetanus. **Therapie:** Bekämpfung der Anfälle selten möglich (bei der fast fehlenden Lebensgefahr des Leidens auch nicht immer erforderlich), am ehesten durch Narkotica (Rp. 139—143), protrahierte warme Bäder. Sonst Allgemeinbehandlung: Arsen (Rp. 21 ff.), Eisen (Rp. 167 ff.). Hydrotherapie, Klimatherapie (Verlassen endemisch gefährdeter Gegenden), Galvanisation. Geistige u. körperliche Ruhe. Bei Stillenden Absetzen, bei Magendarmtetanie vorsichtige Magenspülung. Vorsicht bei Struma-Operationen! — Organtherapie bisher nutzlos. — Cf. spasmophile Diathese.

S. Schoenborn.

**Tetanus.** Starrkrampf. **Ätiol.:** Durch spezifische (bes. in Erde, Staub, Pferde- u. Kuhmist usw. vorkommende) Bacillen bzw. ihre Toxine bedingte Wundinfektionskrankheit. Beim *T. puerperalis* ist die verletzte Uterusschleimhaut, beim *T. neonatorum* die Nabelwunde Eingangspforte. Ausser diesem *T. traumaticus* von manchen auch ein *T. rheumaticus* bzw. *idiopathicus* angenommen; auch hier aber wohl sicher Infektion von kleinsten, ev. bald abheilenden, daher leicht übersehenen Haut- u. Schleimhautwunden aus. Alle anderen Momente (Erkältung, Trauma, vorhergehende andere Krankheiten usw.) wirken nur unterstützend. **Sympt.:** Meist 5—12 Tage nach Infektion, ev. nach prodromalen Kopf-, Glieder-, Wundschmerzen u. Unruhe Steifigkeit, dann schmerzhafte tonische Krämpfe der Kaumuskel (Trismus; bes. Masseter brethart; Sprechen u. Kauen erschwert), dann der Gesichtsmuskeln (hierbei schmerzlich grinsender maskenartiger Ausdruck, „Risu sardonius“), Nacken-, Rumpf- u. Extremitätenmuskeln; Hände u. Füsse bleiben meist frei. Abgesehen von Schlaf u. ev. Narkose halten die Krämpfe dauernd an, unter zeitweiligen Remissionen u. Exacerbationen („Stösse“); letztere infolge gesteigerter Reflexerregbarkeit schon durch geringste äussere Reize (Berührung, Erschütterung des Bettes, Luftzug usw.) ausgelöst. Bei den Anfällen biegt sich der Körper mit der Konkavität nach hinten (Opisthotonus). Zugleich grosse Angst u. Aufregung, Schlaflosigkeit, Erstickungsgefühl (Beteiligung der Atmungsmuskeln), reichliche Schweisse. Sensorium bleibt frei. Fieber kann fehlen oder mässig hoch sein (prä- u. postmortal bis 44,5 beobachtet). Beim Kopftetanus (E. Rose), der nach Kopfverletzungen auftritt, gleichzeitig (ev.

schon vor dem Trismus) Lähmung des Facialis u. anderer Hirnnerven, auch bes. heftige Schluck- u. Kehlkopfkrämpfe („T. hydrophobicus“). **Diff.-Diagnose:** Überimpfung von Wundsekret bzw. Gewebstückchen auf weisse Mäuse oder Meerschweinchen. Bei symptomatischem Trismus (S. 277) keine Beteiligung anderer Muskeln. Ferner kommen in Betracht Hysterie\*, Epilepsie\*, Urämie\* (hier nach den Anfällen Muskeler schlaffung); Tetanie\*; Wutkrankheit\*; Meningitis\*; Strychninvergiftung\* (Ätiologie! rascher Verlauf, Vorherrschen der Krämpfe in den Extremitäten, bes. auch Händen); ganz im Beginn auch Muskelrheumatismus (stärkere Schmerzen bei Bewegungen, keine Reflexsteigerung, Fehlen obiger Symptome). **Prognose:** Stets sehr ernst; sie ist um so günstiger, je länger die Inkubation u. je länger die Krankheitsdauer. Mortalität 50—90%. In schweren Fällen Tod meist in der 1. Woche an Herzlähmung, ev. auch während eines Anfalles (Erstickung). In leichteren Fällen Dauer ev. wochenlang; auch hier Tod durch Inanition (Trismus) oder Komplikationen (bes. Pneumonie) möglich. **Therapie:** Prophylaktisch gründliche Reinigung u. Desinfektion verdächtiger Wunden. Nach Ausbruch des T. Excision der Wunden oder Zerstörung des Giftes durch Paquelin, Jodtinktur usw. Grösste Ruhe des Kranken in verdunkeltem Zimmer. Flüssige Speisen, ev. Nährklysmen (Rp. 211). Sorge für Blase- u. Darmentleerung. Protrahierte laue Bäder. Diaphoresis u. Diuresis, vor allem aber Narkotica in grossen Dosen, z. B. Morphium (0,02—0,03), Chloralhydrat per clysmata (Rp. 112, pro dosi 3,0—4,0, pro die bis 10,0). Bei Herzschwäche Excitantien, bei Erstickungsgefahr künstliche Atmung. Zur ätiolog. Behandlung vielfach warm empfohlen möglichst baldige, mehrfach zu wiederholende subcutane Einspritzung von 100 Einheiten Tetanusantitoxin (Höchster Farberwerke) in die Nähe der Infektionsstelle; ev. schon prophylaktisch 20 Einheiten; auch Lumbalinjektionen. Erfolge aber recht unsicher u. zweideutig; dasselbe gilt von der Behandlung mit Salicylaten, Phosphostigmin, Belladonna, Curare usw.

Guttmann.

**Tetanus neonatorum.** **Ätiol.:** Eindringen des Tetanus-bacillus durch die Nabelwunde. **Sympt.:** Beim oder kurz nach dem Abfallen der Nabelschnur krampfartige Bewegungen des Mundes u. der Lippen, Zittern der Unterkiefer. Infolge Krampfes der Masseteren Unfähigkeit zu trinken. Opisthotonus, allgemeiner Starrkrampf, verbunden mit zeitweiligen klonischen Krämpfen, zumeist Exitus. **Therapie:** Zu versuchen Dauerbäder, Chloralklysmen, rectale Ernährung, Tetanusantitoxin — meist ohne Erfolg.

Kayser.

**Thrombophlebitis.** Venenentzündung mit Thrombenbildung. Bei allen schweren akuten u. chronischen Entzündungsprozessen. **Sympt.:** Bei akuter Thr., am häufigsten an den Beinen, Schmerzhaftigkeit längs des Venenverlaufes; bei oberflächlichen Venen auch Stränge zu tasten, bei tiefen nur Druckschmerz. Manchmal Fieber, auch Schüttelfröste, Leistendrüsenschwellung, Gehen sehr erschwert oder unmöglich. Bes. auf Thr. der tiefen Wadenvenen achten. Bei chronisch rezidivierenden Entzündungsprozessen, z. B. Beingeschwüren, fühlt man stark erweiterte Venen als derbe, harte, schmerzhafte Stränge u. Konvolute, dem ganzen Gebiet der V. saphena entlang; Venen mit Thromben gefüllt u. verstopft; Thromben oft verkalkt (Venensteine). **Komplik.:** Stets Gefahr der Thrombusvereiterung, wodurch Abscesse (Thr. purulenta), u. Fortleitung der Eiterung in grosse Venenstämme, Cava, Jugularis, ferner bei Gesichtsfurunkel auf Hirnhäute, vom Uterus auf Cava u. a. Ferner Zerfall der Thromben, Verschleppung der Emboli, pyogene Allgemeininfektion. **Therapie:** Auch bei leichtesten Formen absolute Bettruhe mehrere Wochen bis ganz fieberfrei unerlässlich. Hochlagerung auf Schiene, feuchte Verbände oder bei Ulcus cruris Salbe (niemals einreiben oder gar Massage). In schweren Fällen ist Ligatur des abführenden Venenstammes zu erwägen. — Cf. Phlegmasia alba.

Kaposi.

**Thrombosis Venae centralis retinae.** **Ätiol.:** Herzfehler, lokale Gefässerkrankung, allgemeine Gefässsklerose. **Sympt.:** Plötzlich ohne Schmerzen einsetzende Erblindung oder Verlust eines Teiles des Gesichtsfeldes auf einem Auge. Doppelseitigkeit kommt gleichzeitig nicht vor, ist auch nach Intervallen kaum beobachtet. Auge bleibt äusserlich normal; brechende Medien bei nicht komplizierten Fällen klar. Kurz nach Eintritt der Thrombose erscheint Papille im ganzen oder nach der Seite des thrombosierten Astes geschwollen, gerötet u. verbreitert, ähnlich der Stauungspapille. Ist Centralgefäss selbst verschlossen, so sind alle Retinalvenen strotzend gefüllt, von Blutextravasaten u. weissen Degenerationsherden (später) begleitet. Bei Thrombosierung nur eines Astes ist Veränderung auf das betr. Gebiet des Augenhintergrundes beschränkt. Sehstörung richtet sich nach Ausdehnung u. Lage des betroffenen Gefässbezirkes. Später resorbieren sich die Blutungen; Ausgang in totale oder partielle neuritische Opticusatrophie. **Komplik.:** Blutungen in den Glaskörper, Glaukoma haemorrhagicum. **Therapie:** Möglichste Ruhelage, heisse Fussbäder. Nach Abklingen der ersten stürmischen Erscheinungen subconjunctivale Kochsalzeinspritzungen zur Beschleunigung der Resorption der Extravasate. Meist nur geringe Besserung oder kein Erfolg.

Schieck.



**Thyreoidismus.** *Ätiol.:* Entweder Zufuhr von Schilddrüsensubstanz oder gesteigerte Funktion der Schilddrüse. *Sympt.:* Klinische Bilder des Fütterungsthyreoidismus, des Morbus Basedowii\*, der Struma basedowificata u. des Kropfherzens. Bei Fütterungsthyreoidismus (Entstehung bei brüskten Entfettungen mit Schilddrüsenpräparaten): teilweise oder ganz die Symptome des Morbus Basedowii, speziell Tachykardie, Tremor, toxischer Eiweisszerfall. Bei Struma basedowificata: Hinzutreten von Basedowsymptomen zu einer vorher indifferenten Struma, bes. z. B. bei Stauungskropf. Es handelt sich in diesen Fällen um eine durch die venöse Stauung hervorgerufene Hyperfunktion der Schilddrüse. Bei der thyreotoxischen Form des Kropfherzens: Struma, Tremor, Tachykardie (ca. 90—120 Schläge); oft auch anfallsweises Herzklopfen, Herzangst; sichtbare Pulsation der peripheren Arterien, Puls weich, häufig dikrot; starke Neigung zu Schweißen; in schweren Fällen auch Verbreiterung des Herzens nach links. *Therapie:* Vorsicht bei Entfettungskuren mit Schilddrüsensubstanz; Vorsicht auch mit Joddarreichung bei Gesunden u. speziell bei Kropfkranken. Die Behandlung der Struma basedowificata u. des Kropfherzens ist die der Basedowschen Krankheit. Beuttenmüller.

**Tibialislähmung.** Selten isoliert, häufiger bei Ischiadicuslähmung\* durch Kompression (Beckentumoren usw.), Neuritis; aber auch hier der Peroneus häufiger isoliert gelähmt. *Ätiol.:* Reine T. durch Trauma (Schlag, Riss in die Kniekehlen), Kompression (beim Rübensetzen!), Neuritis (häufiger bei Polyneuritis). *Sympt.:* Lähmung der Wade, Unmöglichkeit des Zehenstandes, erhebliche Gehstörung (später oft Pes calcaneus), bisweilen Krallenstellung der Zehen. Sensibilität am Unterschenkel u. Fuss hinten aussen, der Plantarfläche der Zehen herabgesetzt. *Therapie:* Cf. Lähmungen. S. Schoenborn.

**Tickkrankheit.** Blitzartig kurze sich häufig wiederholende unwillkürliche Muskelzuckungen bestimmter Gebiete, meist mit dem Charakter der Abwehr- oder Ausdrucksbewegung. Manchmal lokalisiert, auf einen Muskel beschränkt, manchmal in einigen abwechselnd, manchmal ganz allgemein. Bevorzugt Gesichtsmuskeln (cf. Facialiskrampf), Nackenmuskeln, von komplizierten Bewegungen das Saugen, Schnüffeln, Fletschen, Kratzen, Zupfen, Nicken, Kopfschütteln usw., wobei stets die an sich geordnete Bewegung unfreiwillig, meist blitzartig schnell, zwecklos ausgeführt u. oft wiederholt wird. *Ätiol.:* In der Kindheit entstehend überwiegend bei Neuropathen, bisweilen durch Gemütsbewegung, Trauma. Auch durch Gewohnheit, schlechte Erziehung ausgelöst. Beginnend gewöhnlich mit Zuk-

kungen der Gesichtsmuskeln (Augenblinzeln, Mundbewegungen); bald gesellen sich hinzu Affekt- oder auch Zweckbewegungen, die unfreiwillig dauernd stereotyp wiederholt werden (Fussstampfen, Greifen nach Nase, Kinn). Fast nie auf beiden Seiten symmetrisch. Bisweilen Nachahmen von Tierstimmen, Schreien, Koprolalie; bisweilen Echolalie. Zwangsbewegungen mit Zwangshandlungen. Intelligenz meist normal. Der Wille beherrscht die Bewegung fast nie, aber willkürliche Bewegung, geistige Ablenkung wirkt beschwichtigend. Erregung verschlimmert meist. — Häufig mit anderen psychopathischen Zügen (Zerstreuung, Willenschwäche) gemischt. **Verlauf:** Sehr chronisch, Jahre, lebenslänglich dauernd. **Prognose:** Vielfach ganz schlecht quoad sanationem, doch kommen Heilungen vor. **Diff.-Diagnose:** Oft gegen Gewohnheiten (Stereotypie) schwer abgrenzbar, wenigstens der lokalisierte Tic; leicht gegen Chorea (nicht systematische Bewegungen), Tremorformen, Paramyoclonus\*; gegen Hysterie (Stigmata) weniger leicht u. nicht selten sich mit ihr mischend. **Therapie:** Narkotica z. B. Brom (Rp. 139 ff.), Valeriana (148 ff), meist geringe Wirkung. Bei schwerer T. ev. Narkose, Chloral, Scopolamin (Rp. 137). Psychische Beeinflussung u. Erziehung, Isolierung, Hydrotherapie, allgemeine Tonisierung (Eisen, Arsen) sind zu empfehlen. Gymnastische Übungen, vor allem Widerstandsbewegungen antagonistisch zu den vom Tic ergriffenen Muskeln, Ruhehaltungsübungen u. dgl.

S. Schoenborn.

**Trachealstenosen.** Ähnlich wie Bronchialstenosen\*, ausserdem Kompression durch Struma, Schilddrüsen-, Drüsenumoren; von innen: Polypen, Carcinom, Perichondritis, Lues, Einknicken der Knorpel („Kropftod“). **Sympt.:** Steigernde Dyspnoe je nach Grad der Stenose u. Inanspruchnahme, Stenosengeräusch, auch inspiratorisch, tiefe, verlangsamte Atmung; Larynx wenig oder nicht mit Respiration verschieblich. Tracheoskopie. **Therapie:** Cf. Bronchialstenosen. Arneth.

**Tracheitis.** **Ätiol.:** Wie bei Bronchitis acuta\*. **Sympt.:** Ev. stärkere Schmerzen unter dem Brustbein u. im Halse, bes. beim Husten; stärkerer Hustenreiz; laryngoskopisch Rötung, Schwellung, Schleimbelag der Mucosa. Über Lungen auskultatorisch kein Befund. **Therapie:** Cf. Bronchitis acuta; Inhalationen beliebt. Arneth.

**Trachom.** **Ätiol.:** Noch unsicher („Trachomkörperchen“?). **Sympt.:** In der Conjunctiva der oberen Übergangsfalte u. des Oberlides graurötliche, sagokornähnliche Follikel eingelagert, die sich von den bei Conjunctivitis\* follicularis vorkommenden nur der Lokalisation nach unterscheiden. Daneben Auflocke- rung u. Trübung des Mutterbodens, so dass durch die Conjunc-

tiva tarsi die Meibom'schen Drüsen nicht mehr durchschimmern. Im Gegensatz zum gewöhnlichen Lymphfollikel der Bindehaut platzt der Trachomfollikel nach erfolgter Erweichung; an seine Stelle tritt eine Narbe. Infolge fortwährender Wiederholung dieses Vorganges kann die ganze Conjunctiva in Narbengewebe umgewandelt werden. Namentlich eine eingezogene dem freien Lidrande des oberen Lides parallele strichförmige Narbe der Conjunctiva ist für Trachom charakteristisch. Die Affektion ist stark infektiös durch Kontaktübertragung. **Komplik.:** Pannus\* trachomatosus. Hornhautinfiltrate u. flache Hornhautulcera bei sekundärer Infektion mit Pneumokokken (übergehend in infektiöse Ulcera mit Hypopyon). Xerosis conjunctivae (Bindehaut trocken, abschilfernd). Amyloiddegeneration der Bindehaut (Einlagerung geschwulstähnlicher glasiger Massen in das adenoide Gewebe). Schrumpfung der Übergangsfalten, totales Symblepharon u. Lagophthalmus. Seitens der Lider: Kahnförmige Verkrümmung des Oberlides, Entropium, Schiefstand u. Verkümmern der Cilien, Abrundung der Lidkante, Ektropium des unteren Lides. **Diff.-Diagnose:** Siehe oben u. Conjunctivitis follicularis. **Therapie:** Solange Follikel vorhanden, Abreiben der ektropionierten Lidinnenflächen u. möglichst der Übergangsfalte mit Wattetupfern, getränkt mit Sublimat 1 : 2000, bis leichte Blutung erfolgt. Täglich wiederholen bis zum Schwunde der Follikel. Kalte Umschläge mit Sublimat 1 : 5000. Bei zahlreichen sulzigen Follikeln Ausrollen und Ausquetschen der Follikeln mit Rollpinzette, Expressor usw. Excision der erkrankten Übergangsfalte, Ausschälung des verkrümmten, von Follikeln durchsetzten Tarsus. Cf. Pannus, Ulcus corneae. Nach Ablauf der Entzündungserscheinungen zur Rückbildung des Pannus und der Hornhauttrübungen Massage mit gelber Augensalbe (Rp. 194). Gegen die Stellungsanomalien der Lider Operation nach Burow, Jaesche-Arlt, Snellen usw. Schieck.

**Tränenwege, Stenosen.** **Sympt.:** Tränenträufeln bei geringem Luftzug. Blepharitis. Conjunctivitis. Neigung zu Ektropium des unteren Lides. **Diagnose** wird gestellt, wenn die mittels Anelscher Spritze in die Tränenpünktchen eingespritzte Flüssigkeit nicht den Weg in die Nase findet. **Therapie:** Sondieren der Tränenwege. Ist ein Widerstand in den Tränenkanälchen nicht mit der Sonde zu überwinden, Schlitzung der Tränenröhrchen mit Webers Messerchen. Strikturen im Tränennasengang mit Stillings Messer durchtrennt. Ist mit der Stenose Dacryocystoblennorrhoe\* verbunden, Exstirpatio sacci lacrymalis. Schieck.

**Traumatische Neurose.** Zusammenfassung verschiedener hysterischer\* u. neurasthenisch\*-hypochondrischer Krankheitsbilder, die sich nach Unfällen infolge der erlittenen Gemütserschütterung entwickeln können. Abzutrennen sind nach Möglichkeit die mehr organisch bedingten Beschwerden nach schweren Gehirnerschütterungen (Gewebszertrümmerung, Blutung). **Ätiol.:** Vielfach, wenn nicht überhaupt immer, vorher nervöse Disposition. Dazu psychischer Shock (Unfall selbst kann unbedeutend sein). Rentensucht hält oft Heilung auf u. verleitet zu Übertreibungen. **Sympt.:** Trübe Stimmung, Energielosigkeit u. Arbeitsunlust, Reizbarkeit, Überermüdbarkeit, Vergesslichkeit u. Schlaflosigkeit, übertriebene Selbstbeobachtung sind charakteristisch. Ferner häufig Kopfschmerz, Schwindel, Labilität des Pulses. Körperlich gewöhnlich Lebhaftigkeit der Reflexe, Steigerung von vasomotorischem Nachröten u. mechanischer Muskeleerregbarkeit (aber auch bei Gesunden!), Tremor u. Romberg (oft übertrieben!). Dazu echte hysterische\* Symptome (Lähmungen, Gangstörungen, Sensibilitätsstörungen, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, Krämpfe, Dämmerzustände, Vorbeireden usw.). **Diff.-Diagnose:** Bei Widersprüchen Vorsicht mit Annahme blosser Simulation! Abtrennung der durch Gehirn-Arteriosklerose\* bedingten Beschwerden (Schwindel, Kopfschmerz, Gedächtnisschwäche usw.). Keine organischen Veränderungen des Centralnervensystems? **Prognose:** Wenig günstig, solange Rentenkampf dauert. **Therapie:** Vermeidung überflüssiger Kuren u. Untersuchungen. Nie dem Kranken sein Leiden als schwer hinstellen! Erst Ruhe u. Kräftigung, darauf bald Wiedergewöhnung an Arbeit, Mut zusprechen, von Selbstbeobachtung ablenken. Bei Rentenansprüchen wäre einmalige Abfindung zweckmässig. Raecke.

**Traumatische Psychosen.** Unmittelbar durch Kopfverletzungen hervorgerufene Geistesstörungen. **Ätiol.:** Begünstigend wirken Disposition, Alkohol, Arteriosklerose, Lues. Fast stets schwere Gehirnerschütterung, meist Beteiligung des Knochens. **Sympt.:** Neben ev. Störungen von seiten der Gehirnnerven vor allem Benommenheit oder deliriöse Verwirrtheit. Störung der Merkfähigkeit, retrograde Amnesie. Mitunter Pupillenveränderungen (mehr Trägheit als Starre), Steigerung der Kniephänomene, Erschwerung der Sprache. Vielfach Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Wallungen, Intoleranz gegen Alkohol. In leichteren Fällen mehr neurasthenische Erscheinungen mit Neigung zu Wutausbrüchen; in schwereren Charakterentartung u. Schwachsinn (Dementia posttraumatica). Selten melancholische\* oder paranoide\* Bilder. Bei traumatischer Epilepsie\* psychische Äquivalente im Vordergrund. **Diff.-**

**Diagnose:** Falls sich Psychose nicht direkt nach Kopfverletzung entwickelt, müssen „überleitende“ Symptome den zeitlichen Zusammenhang herstellen. Bei Dementia paralytica\* typisches Silbenstolpern, reflektorische Pupillenstarre, oft Fehlen der Kniephänomene, Lymphocytose u. Trübung der Spinalflüssigkeit mit Magnesiumprobe, zunehmende Intelligenzschwäche.

**Prognose:** Meist günstig. **Therapie:** Gegen Hirndruck- u. -Reizerscheinungen operativer Eingriff (Trepanation). Nach jeder Gehirnerschütterung längere Bettruhe zur Vorsicht. Gegen Erregungen u. Krampferscheinungen Brom (Rp. 139). Vermeidung von Alkohol. Behandlung der Verwirrtheit wie bei Amentia\*.  
Raecke.

**Tremor.** Als Tremor bezeichnet man alle mit geringem Bewegungseffekt oder ohne solchen (fibrilläres Zittern) einhergehenden rhythmischen Hyperkinesen der Körpermuskeln. Feinschlägiger T. an Kopf u. Händen kommt habituell auch bei Jugendlichen (bes. Neurasthenikern) u. als selbstständiges familiäres Leiden (neuropathische Familien) vor. In beiden Fällen erfolgt bei intendierter Bewegung Steigerung. Seniler T., ganz feinschlägig, im Schlaf u. in der Ruhe verschwindend, ist häufig bei älteren Individuen. Bei Gesunden bei Erregung, Anstrengung u. in der Kälte (fein- u. grobschlägig) auftretend, Bei chronischen Intoxikationen (Alkohol, Blei, Basedow), auf der Höhe der Intoxikation am stärksten, oft aber auch im anfallsfreien Stadium nicht verschwindend. Diese Formen des T. stets doppelseitig; bei Hysterie auch einseitiger T., meist grobschlägig, suggestiv beeinflussbar. Der Intentionstremor der multiplen Sklerose hat den Charakter des bei jeder intendierten Bewegung auftretenden, anschwellenden (anfangs fein-, später grobschlägigen) Zitterns. Diese Formen alle bei Bewegung verstärkt; demgegenüber der Tremor der Paralysis\* agitans bei Bewegung aufgehörend. **Ätiol. u. Pathogenese:** Für die meisten Formen dunkel; stets nervöse Einflüsse die Hauptrolle spielend. **Diagnose** der verschiedenen Arten des T. oft nur unter genauer Berücksichtigung der oben erwähnten Symptome möglich. **Therapie:** Je nach der Ursache; meist sehr hartnäckiges u. schwer zu bekämpfendes Leiden. In schweren Fällen Narkotica (Rp. 139—143), sonst allgemein tonisierendes Verfahren.

S. Schoenborn.

**Trichinose.** **Ätiol.:** Infektion mit trichinienhaltigem Schweinefleisch. Die in dem Muskelfleisch des Schweines eingekapselte Trichine wird im menschlichen Magen frei u. gelangt in den Darm (Darmtrichine). Dort Paarung, dann nach ca. 8 Tagen Absetzung der Embryonen in die Chylusgefäße. Von da Verschleppung in den Körper, speziell die Muskulatur

(Muskeltrichine). **Sympt.:** In den ersten Tagen nach Genuss der trichinenhaltigen Nahrung gastrointestinale Erscheinungen: Magendruck, Übelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen, Durchfälle, seltener Obstipation. Allgemeine Mattigkeit, Abgeschlagenheit; Oedeme im Gesicht u. an den Extremitäten. Allmählich zunehmendes Fieber (bis zu 41°). Schwere Störungen des Allgemeinbefindens. Mitte der 2. Woche bei hohem (später remittierendem) Fieber Auftreten von heftigen Schmerzen, harter Schwellung der Muskeln (bes. der Extremitäten). Bewegungen äusserst schmerzhaft; meist Beugecontracturen. Je nach den befallenen Muskelgruppen wechselnde Störungen: Kau- u. Schlingbeschwerden, Heiserkeit, Augenschmerzen, Atemnot bis zur schwersten Dyspnoe u. Suffokation; Erlöschen der Patellarreflexe häufig. Meist Bronchitiden u. katarrhalische Pneumonien. Milzschwellung. Eosinophilie des Blutes. Schweisse, Hautausschläge (Herpes, Urticaria usw.); leicht Decubitus; anhaltende Schlaflosigkeit; häufig Albuminurie. **Diff.-Diagnose:** Gegen Polymyositis acuta\*: Anamnese; ev. Fleischuntersuchung (Massenerkrankungen!); Eosinophilie; mikroskopische Untersuchung eines excidierten Muskelstückchens. **Prognose:** In leichten Fällen Heilung in 3—5 Wochen, in schwereren Fällen weit längere Dauer. Mortalität schwerer Fälle sehr hoch; Exitus meist in der 3. bis 6. Woche. **Therapie:** Prophylaktisch exakte Fleischbeschau. Zu Beginn Magen- u. Darmspülungen; Kalomel 0,2 mehrmals oder Ricinusöl einige Esslöffel; öfters während des Verlaufs zu wiederholen. Anthelminthica zwecklos. Grosse Dosen von Alkohol (Kognak z. B.) oder Glycerin (100—200 g) angeblich günstig wirkend. Gegen Schmerzen ölige Einreibungen, Dauerbäder. Hautpflege(!). Cf. Schlaflosigkeit. Roborierende Nachbehandlung. — T. ist meldepflichtig. Beuttenmüller.

**Trichocephalus dispar.** Peitschenwurm, Ordnung Nematodes; mit langem haardünmem Vorderteil, Männchen 4,5, Weibchen 5 cm lang; Eier tonnenförmig, bräunlich, mit knopfförmigen helleren Polen u. feinkörnigem Inhalt. Hauptsitz Coecum. **Sympt.:** Verursacht gewöhnlich keine Beschwerden; zuweilen aber Anämie, Durchfälle, reflektorische Reizerscheinungen (Hirnsymptome usw.). **Therapie:** Thymol oder Extr. Filicis (cf. S. 40 u. 56). Guttman.

**Trichophytia ekzematosa marginata.** Syn. Ekzema marginatum. Lokalisation des Trichophyton tonsurans in der Leistengegend. **Sympt.:** Infolge der nach Schwitzen leicht eintretenden Maceration entsteht an der inneren Oberschenkelfläche ein etwa 10 pfennigstückgrosser, roter, scheibenförmiger Fleck; in seiner Umrandung kleine ekzematöse Effloreszenzen, Bläschen u. Borken. Während das Centrum abblasst, breitet

sich der Prozess peripher weiter aus; man sieht dann in der Mitte eine braunverfärbte Partie, während sich in der Peripherie ein roter, mit Schuppen, Excoriationen u. Borken bedeckter Saum vorfindet, der durch Aneinanderfließen mehrerer Kreise eine girlandenartige Begrenzung erfährt, aber scharf gegen das Gesunde abschneidet. Infolge des Juckens ausserdem starke Kratzeffekte. In schweren Fällen geht die Affektion von der gewöhnlich bevorzugten linken Seite auf die andere Seite u. auf den Mons veneris bis zum Nabel u. das Perineum bis zu den Nates über, während Penis u. Scrotum frei bleiben.

**Therapie:** Wilkinsonsche Salbe (ev. nach vorheriger Ätzung mit 10% Kali causticum), oder Chrysarobin-Traumaticin (Rp. 207).

M. Joseph.

**Trichophytia profunda.** *Sympt.:* Wenn die zunächst in den oberflächlichen Hornschichten befindlichen Trichophyten nicht bald abgetötet werden, so dringen sie in das Innere der Haare u. zerfasern sie bis zur Hautoberfläche, wodurch die Haare abbrechen. Später dringen sie in den Bulbus u. rufen hier infolge ihrer leukotaktischen Eigenschaften eine starke Leukocytenexsudation in der Umgebung der Haarpapillen hervor; diese Perifolliculitis bezeichnen wir als Sykosis parasitaria. Neben einigen Herpes tonsurans-Kreisen finden wir einen oder mehrere erbsen- bis walnussgrosse Knoten mit oberflächlichen Pusteln u. von derb infiltrierter Haut umgeben. Zieht man die Haare aus u. entfernt die kleinen Eiterherde, so sehen die Knoten wie durchlöchert aus. Dazwischen ist die Haut gerötet, derbe infiltriert, heiss; in den Haaren findet man leicht die Trichophyten, die sich aus dem Eiter in Reinkultur züchten lassen. Die Affektion ist sehr hartnäckig u. dauert gewöhnlich einige Monate. **Diff.-Diagnose:** Bei Sykosis simplex keine so grossen Knoten, keine Trichophyten, keine so lange Dauer; Haare brechen nicht über der Haut ab. **Therapie:** Verbot des Rasierens, Epilation mit der Cilienpinzette oder mit Röntgenstrahlen bis zur Erythemdosis. Nach Eröffnung der Abscesse Desinfektion der umgebenden Teile mit 1% Sublimatspiritus. Umschläge mit 4% Carbolöl, zur Nacht Quecksilberpflastermull. Zum Schluss ev. noch Zeisslsche Paste (Rp. 205). Gut wirkt mitunter Kataphorese: negative Elektrode auf den Knoten, positive auf die Wange, beide mit 1‰ Sublimat getränkt; konstanter Strom durchgeleitet u. nach 5 Minuten gewendet.

M. Joseph.

**Trichophytia superficialis.** *Sympt.:* Infolge einer Infektion beim Rasieren zeigen sich bei dieser Bartflechte pfennig-, markstück-, ja mitunter fünfmarkstückgrosse Kreise auf geröteter leicht erhabener Basis mit kleinen Herpesbläschen

oder Knötchen am Rande, die später eintrocknen u. Schuppen aufweisen. Zugleich brechen die Haare über der Oberfläche ab u. es erfolgt leicht durch Autoinokulation eine Übertragung auf andere Körperstellen, z. B. Handrücken. Übertragung meist von Mensch zu Mensch, seltener von Tieren. **Diff.-Diagnose:** Mikroskopischer Nachweis der Pilze in 10% Kali causticum. Mycelien länger gestreckt als beim Favus u. gleichmässiger; wenig Gonidien. Befeuchtet man die Haare mit Chloroform, so werden nach dessen Verdunsten nur die von Pilzen durchwucherten Haare kreideweiss. Beim annulären Syphilid derber Wall in der Umgebung u. sonstige Erscheinungen der Lues. Cf. Sykosis simplex. **Therapie:** Energische Desquamation durch Aufpinseln von Jodtinktur oder Chrysarobin-Traumaticin (Rp. 207) oder 10 maliges Aufpinseln in 3 stündigen Intervallen von Rp. Acid. salicyl 2,5, Spirit. saponat. kalin. ad 50,0, Rasieren verboten. M. Joseph.

**Trichoptilosis.** Spaltungen der Haare in der Längsrichtung, wodurch sie einer Vogelfeder ähnlich sehen; bedingt durch abnorme Trockenheit u. Sprödigkeit. **Therapie:** Einfetten mit 10% Schwefelsalbe. M. Joseph.

**Trichorrhexis nodosa.** **Sympt.:** An Gesichts- u. Schamhaaren, selten auf dem Kopfe, kleine graue kugelförmige Knötchen in ein- oder mehrfacher Zahl. Das Haar bricht an diesen Knoten ab u. erscheint hier besenförmig aufgefaserter. **Therapie:** Einfetten mit Rp. Ol. Ricini 10,0, Ol. Rosar. gtt. I, Spirit. ad 50,0 oder Rp. Zinci oxyd. 0,5. Sulf. sublimati 1,0, Ungt. simpl. 10,0. M. Joseph.

**Trigeminuslähmung.** Selten isoliert, meist gemeinsam mit Erkrankung anderer (bes. basaler) Hirnnerven oder Hirngebiete. **Ätiol.:** Isolierte Neuritis äusserst selten; häufiger bei Fraktur der Schädelbasis, Tumoren, Meningitis (gummosa bes.), Caries, Hypophysiserkrankungen. Peripher nicht selten Traumata. Central bedingt bei Blutungen, Tabes, Syringomyelie usw. **Sympt.:** Bei totaler T. Anästhesie des grössten Teiles der Gesichtshaut, Cornea u. Conjunctiva, Schleimhaut von Mund u. Nase (selten vollständig); Versiegen der Tränensekretion, bisweilen Geschmacksstörung. Lähmung des Masseter u. Temporalis (Kauen unmöglich), oft mit Atrophie u. Ea R. Bisweilen Herpes zoster ophthalmicus, Keratitis neuroparalytica (trophische Störungen). Aus diesen Störungen bei Erkrankung des Stammes fallen die entsprechenden bei Erkrankung einzelner Äste aus. — Oft dabei Reizerscheinungen, Schmerzen, Hyperästhesie, Schwindelerscheinungen. **Therapie:** Cf. Lähmungen; im übrigen je nach Ursache. Bei positiver Wassermannscher Reaktion Versuch mit spezifischer Behandlung. S. Schoenborn.



**Trigeminusneuralgie.** *Ätiol.:* Infektionskrankheiten (Influenza, Malaria), Erkältungen, Zahncaries, Sinusitis (speziell Stirnhöhlenkatarrh), Augenerkrankungen, Arteriosklerose, gelegentlich Tumoren u. andere Prozesse der Schädelbasis. Sehr häufig idiopathisch bzw. durch irgend eine Gelegenheitsursache bei Neuropathen. *Sympt.:* Fast stets einseitige, äusserst heftige Schmerzen; doch wechselt die Intensität in einzelnen Sekunden- oder minutenlangen Attacken, die sich während Stunden, Tagen, Monaten wiederholen können. Bisweilen Irradiation in andere Nervengebiete im Anfall, häufig Tränenträufeln, Speichelfluss, Rötung u. Schwellung der Gesichtshälfte, Zuckungen im Facialisgebiet („Tic douloureux“), Herpes zoster (bes. oft bei Supra-orbitalneuralgie als H. z. ophthalmicus). Die Tr. folgt exakt dem Verlauf des Nerven, ist meist aber überwiegend oder ausschliesslich in einem Ast vertreten, am häufigsten im Supra-orbitalis (typischer Druckpunkt innen oben an der Orbita oder oberhalb des For. supraorbitale an der Stirn); seltener Infra-orbitalis (Druckpunkt am For. infraorbitale); etwas häufiger wieder der dritte Ast (Druckpunkte, weniger konstant, längs des Unterkiefers). Schmerzen meist durch Bewegung, Zugluft gesteigert. *Verlauf:* Ungemein verschieden; bisweilen jahrelang mit Intervallen, nicht selten zum Selbstmord führend. *Diff.-Diagnose:* Durch die Druckpunkte fast stets leicht; bei hysterischer Pseudoneuralgie meist diffuser als bei echter Tr. Stets an symptomatische Tr. (Basistumor!) denken u. nach Basis-symptomen forschen! *Therapie:* Möglichst ätiologisch (Kontrolle von Zähnen, Nase usw.). Bisweilen helfen Laxantien. Versuch mit Galvanisation (Anode auf den Nerven, mittelstarke Ströme 2—4 M.-A. stabil einige Minuten); oder quer durch die Proc. mastoidei stets zu empfehlen. Salicylpräparate, Schwitzkuren, Chinin bei frischen Fällen. Später Arsen (Rp. 21 ff.), Jodkali (Rp. 27 ff.), auch Pyramidon, Aspirin (Rp. 37). Morphin möglichst spät! Alkohol- (Eucaïn- usw.) Injektionen in die Nervenscheide leisten Vortreffliches (bes. bei Trigeminusneuralgie einzelner Äste), doch stets Möglichkeit einer Lähmung. In verzweifelten Fällen Resektion der Nerven ev. des Ganglion Gasseri.

S. Schoenborn.

**Trommelfellruptur.** Cf. auch Ohrverletzungen. *Sympt.:* Bei indirekter Gewalteinwirkung auf das Trommelfell (Explosion, Ohrfeige, Sturz, Schlag auf den Kopf) nicht immer Ausfluss von Blut aus dem Gehörgang; die Ränder u. Nachbarschaft des Risses zeigen Blutspuren. Bei Ohrfeigen, Explosionen Riss in der Nähe des Hammergriffs, zuweilen hufeisenförmig um diesen herumlaufend oder mit Abzweigung nach unten, bei Sturz oder Schlag auf den Kopf Riss näher dem Rande. Wundränder nach einem

bis mehreren Tagen stellenweise noch mit kleinen Blutkrusten bedeckt, bald wieder verklebt. Manchmal erweitert sich der Riss an einer Stelle spontan, anscheinend besonders bei atrophischen oder narbigen Trommelfellen, so dass ein Teil der normalen Paukenschleimhaut sichtbar wird. Auch hier Wiederverschluss ohne Entzündung u. Eiterung die Regel. Sausen u. Schwerhörigkeit alsbald nach dem Trauma, beide vorübergehend, seltener mit länger dauernder *Commotio labyrinthi*. Bei Eiterung dringender Verdacht, dass Tropfen, Spritzwasser, Öl oder dgl. in den Gehörgang gebracht wurde — Kunstfehler! Bei direktem Eindringen eines das Trommelfell durchbohrenden Gegenstandes (Strohhalme, Baumzweig u. ä.) in der Regel *Otitis media suppurativa* (s. dort). **Therapie:** Bei aseptischen Verletzungen Wattepfropf in den Gehörgangseingang, um Eindringen von Wasser u. Staub zu verhüten, sonst nichts machen! Bei stärkerer *Commotio labyrinthi* Ruhe, Stille, Ableitung auf den Darm, warme Bäder.

Bloch.

**Tuberkatarrh u. -verschluss.** Verlegung des Tubenlumens durch Schwellung der Schleimhaut im Kanal selbst oder durch Verlegung des *Ostium pharyngeum tubae*, letzteres manchmal einseitig. **Ätiol.:** Katarrhe der Nase, des Rachens, Schwellungen der Rachenmandel, entzündliche Prozesse der Tonsillen, Gaumenlähmung; einseitiger Verschluss durch Tumoren in der Gegend der Tubenmündung, durch Narben. **Sympt.:** Schwerhörigkeit meist mässigen Grades, subjektive Geräusche (Brummen, Rauschen), Gefühl von Voll- u. Verstopftsein im Ohre, Autophonie, Eingenommenheit des Kopfes; vorübergehende Besserung beim Gähnen, Schnauben, wenn dabei die Tube sich öffnet. Trommelfell eingezogen, bei langem Bestande Trübung, seltener Atrophie; manchmal gelblichgrünes Transsudat hinter dem Trommelfell sichtbar. Symptome von *Coryza*, chronischen Nasenaffektionen, *Angina tonsillaris*, *Pharyngitis catarrhalis*, Vergrößerung der Rachenmandel (Hauptursache des T.-K. bei Kindern). **Diff.-Diagnose:** Stärkere Injektion des Trommelfells fehlt bei reinem Tuberkatarrh u. -verschluss, ebenso entzündliche Erscheinungen, wie Fieber, stärkerer Schmerz, Empfindlichkeit des Warzenfortsatzes. Gehör bessert sich sofort bei Eindringen von Luft durch die Tube in die Paukenhöhle, auch wenn die Einziehung des Trommelfells nicht alsbald verschwindet (*Contractur des Tensor tympani* bei längerem Bestand der Einziehung). Trommelfell im Siegle'schen Trichter in toto beweglich. **Therapie:** Causal bei Tumoren im Rachen, bei Tonsillarvergrößerungen, Pharyngiten, Nasenaffektionen, Lufteinblasungen, bei Kindern Luftdouche nach Politzer (mit perforiertem Ballon), bei Erwachsenen mit Ohrkatheter. Bei hartnäckigen Tubenstenosen Tubage mit Cellu-

loidsonde durch den Katheter oder mit quellender Darmsaite, gleichzeitig Vibrationsmassage mit ersterer; bei zähem Sekret in der Tube Salmiakdämpfe (s. S. 424). Bei eitrigem Sekret in der Nase diese vor Anlegung des Katheters erst sorgfältig reinigen oder Katheter weglassen. Bloch.

**Tuberkulose u. Schwangerschaft.** Vorgeschrittene Fälle von Lungen- u. Larynxtuberkulose durch Schwangerschaft gewöhnlich ungünstig beeinflusst. Dagegen können Frauen mit leichter Erkrankung u. stationärer Tuberkulose Schwangerschaft gut überstehen. Bei Komplikation der Gravidität mit Tuberkulose daher sorgfältig auf Ernährungszustand der Erkrankten zu achten, ferner auf Ausbreitung des Prozesses. Nimmt letzterer deutlich zu, verlieren die Kranken trotz fortschreitender Gravidität deutlich an Gewicht (bei genauer mindestens 8 Tage fortgesetzter Beobachtung u. täglichem Wiegen), so ist Unterbrechung der Gravidität angezeigt. Aber nur in diesem Falle! Alle anderen Momente, bes. soziale, sollten nicht in Betracht kommen. Bei jeder Schwangerschaftsunterbrechung aus oben genanntem Grunde sollten zwei Ärzte ihr Votum abgeben.

Fromme.

**Tylositas.** Schwielenbildung. Umschriebene flache Hypertrophien des Stratum corneum mit allmählichem Übergang in die gesunde Haut. Bei vielen Gewerbetreibenden an den Händen. Oft platzt die Oberhaut u. es entwickeln sich Rhagaden. An den Fusssohlen oft gleichzeitig Hyperhidrosis\*. **Therapie:** 30—50 % Salicylsäurepflastermull oder 10 % Pyrogallolsalbe oder 10 % LeniRobin-Traumaticin. M. Joseph.

**Typhus abdominalis.** *Ätiol.:* Infektion mit dem Eberth-Gaffkyschen Typhusbacillus. Übertragung durch Verunreinigung der Hände, von Nahrungsmitteln u. Trinkwasser mit den Dejekten Typhuskranker. Wichtig die Bacillenträger. Befallen hauptsächlich kräftige jugendliche Individuen; Prädisposition durch Verdauungsstörung. Inkubation 10—20 Tage. *Sympt.:* Gegen Ende des Inkubations-Stadiums Mattigkeit, Gliederschmerzen. Beginn der Erkrankung mit staffelförmigem Fieberanstieg; leichtes Frösteln, sehr selten Schüttelfrost. Zunahme der Gliederschmerzen; Kopfschmerzen, Abnahme des Appetits, trockene belegte Zunge. Stuhlgang meist angehalten. Vom 5.—7. Tage an Continua von 39—40°; steigende Benommenheit, Delirien. Fuliginöser Zungenbelag. Ende der 1. oder Anfang der 2. Woche fühlbare Milzschwellung, Roseola typhosa (spärliche blasse Flecken am Rumpf). Leib aufgetrieben; nun häufig Durchfall (2—5 × tgl., erbsbrühhähnlich); Ileocoecalgurren. Bronchitis. Meist relative Bradykardie (bei 40° 90—110 Schläge). Mitte bis Ende der 3. Woche morgendliche Temperaturremis-

sionen, die allmählich an Tiefe zunehmen („steile Kurven“). Gleichzeitig Besserung des Sensoriums, Schlafes, Appetits. In der 4. Woche weiteres lytisches Absinken des Fiebers, normale Morgentemperaturen. Ende der 4. Woche bei Fehlen von Komplikationen völlig fieberfrei; noch starke Mattigkeit, jedoch guter Appetit. Verschwinden des Milztumors, Sistieren der Durchfälle. In der 5. Woche subnormale Temperaturen, enormer Appetit. In leichten Fällen kann die Continua fehlen; dann häufig verkürzter Verlauf. Plötzlicher starker Abfall der Temperatur, kleiner frequenter Puls (Kollaps) bei Darmblutung, Perforation, akuter Kreislaufschwäche. Entfieberung manchmal sehr langsam („lentescierend“). In der Rekonvaleszenz labile Temperatur (Fieber nach Erregung, Diätfehlern usw.). — Stuhlgang oft beständig verstopft oder völlig normal; seltener starke Diarrhöen oder Dysenterie\*. — In der 3. Woche Gefahr von Darmblutung u. Perforationsperitonitis, Blutmengen sehr wechselnd (Blutabgang; Symptome der inneren Blutung\*); direkter Tod selten, dagegen grosse Schwäche, Kollaps. Perforation meist tödlich (Symptome s. Peritonitis). — Geht der Milztumor nach Entfieberung nicht zurück, so besteht Verdacht auf Rezidiv. — Häufig Schluckbeschwerden durch Trockenheit von Mund u. Pharynx, seltener Anginen oder typhöse Rachengeschwüre; im Anschluss daran manchmal eitrige Parotitis u. Otitis media. Im Beginn öfters Nasenbluten; später Laryngitis; selten Perichondritis laryngea. Neigung zu Pneumonien u. Hypostasen. Selten croupöse Pneumonie im Vordergrund des Bildes („Pneumotyphus“). Ab u. zu Pleuritiden. — Nervösi- psychische Störungen: Halluzinationen, depressive Psychosen, Gedächtnisschwäche, oft bis weit in die Rekonvaleszenz; häufig grosse Unruhe, manchmal Suicidversuche; Meningismus; selten Neuritiden. — Meist Albuminurie; schwere Nephritis („Nephrotyphus“) nicht häufig. Im Urin zu Beginn der 2. Woche Diazo- reaktion. — Herzfunktion im Verlauf allmählich schwach, öfters leichte Arrhythmie; Pendelrhythmus. Puls weich, häufig dikrot. In der Rekonvaleszenz labiler Puls, Bradykardie; seltener Myo- karditis\*; Blut zeigt häufig Leukopenie; Phlebitis\* u. Throm- bose\* ab u. zu; selten Embolien. — Grosse Neigung zu Decu- bitus; häufig Haarausfall. Nach Verschwinden der Roseolen meist Miliaria. Bei Männern manchmal Orchitis. Gravidität endet gewöhnlich mit Abort oder Frühgeburt. — Nicht selten geringes Fieber, Fehlen der Allgemeinsymptome („Typhus am- bulatorius“). Selten dagegen hämorrhagische Form. — Typhus- nachschub häufig: nochmaliger Anstieg des Fiebers während der Deferveszenz (verkürzter nochmaliger Typhus). Rezidiv: Nochmalige Erkrankung nach vollendetem Fieberabfall, meist weit milder; gefährliche Komplikationen aber auch hier möglich.

**Diff.-Diagnose:** Fieberkurve, Roseola, Milztumor. Bacillennachweis (in Blut, Stuhl, Urin, Roseolen), Widal. Auszuschliessen Miliartuberkulose\*, Septicopyämie\*, Meningitis\*, Paratyphus\*.

**Prognose:** Bei Kindern meist günstig; bei kräftigen jungen Leuten 5—10% Mortalität; weit höher bei Menschen jenseits 40 Jahren.

**Therapie:** Prophylaktisch persönliche Reinlichkeit bei der Pflege, Desinfektion von Stuhlgang, Urin, Sputum, Wäsche! Ev. bakterielle Immunisierung. — Bei Erkrankung absolute Bettruhe bis ca. 3 Wochen nach Fieberabfall. Während dieser Zeit keine Aufregung durch Besuche! Eigene Pflegeperson. Sorgfältige Hautpflege (mehrmals täglich Waschung, später spirituöse Abreibungen); ev. Wasserkissen. Mundspülungen oder -waschungen mit Borwasser. Diät: Flüssigbreiige Kost (Milch, Eier, Suppen, Fleischsaft u. -Eis, Eiweisspräparate); bei Schwäche Rotwein, Eierkognak. Eine Woche nach Fieberabfall Zulage von eingeweichtem Zwieback, fein gewiegtem Fleisch. Ganz allmählicher Übergang zur normalen Kost (etwa wie bei *Ulcus ventriculi*\*). Fieberbehandlung nur bei Hyperpyrexie oder schweren nervösen Symptomen; dann Bäder von 30° C, ev. auf 26° abgekühlt, 5—10 Min.; bei starker Bronchitis kühler (20°) Nackenguss. Bäder entweder abends resp. bei Bedarf, oder 2—3 × tgl. Bei schwachen Kranken nur kalte Abwaschungen. Von Antipyreticis möglichst abzu- sehen; höchstens Phenacetin oder Chinin 3 × 0,5. Bei Kreislaufschwäche Kognak, Sekt, Kampfer usw. Gegen Diarrhöen Opium. Bei Darmblutung 12—24 Std. Hunger, Eisblase auf den Leib, Opium, absolute Ruhe; keine Hydrotherapie, ev. Gelatineinjektion (Rp. 108). Langsame Rückkehr zur vorherigen Diät. Bei Peritonitis Eisbeutel, Morphium; chirurgischer Eingriff zu versuchen. Bei heftigen Kopfschmerzen Eisbeutel; ev. leichte Antineuralgica. Sonstige Komplikationen symptomatisch. — Typhus ist meldepflichtig. Beuttenmüller.

**Typhus exanthematicus.** Flecktyphus. **Ätiol.:** Äusserst contagiöse epidemische Erkrankung, deren Erreger noch unbekannt. Übertragung des Krankheitsstoffes wahrscheinlich durch die Luft oder durch Speisen, vielleicht auch durch Ungeziefer. Soziales Elend u. schlechte hygienische Verhältnisse wie alle den Körper schwächenden Momente wirken begünstigend („Hunger“- „Kerker“- „Kriegs“-Typhus usw.). Einmaliges Überstehen macht meist immun. **Sympt.:** Nach Inkubation von 10—17 Tagen, auch kürzer, Beginn mit Schüttelfrost u. hohem Fieber (ca. 40°), das kontinuierlich anhält. Starke Kopf- u. Gliederschmerzen, Benommenheit. Stuhlverhaltung, seltener Durchfälle; anfangs auch Erbrechen. Milzschwellung. Schnupfen u. Bronchitis. Nach 4—6 Tagen charakteristisches Exanthem: unregelmässige, stecknadelkopf- bis linsengrosse,

zuweilen sehr zahlreiche Flecken, zuerst an Brust u. Bauch, dann am ganzen Körper (Gesicht gewöhnlich frei), die meist hämorrhagisch werden. In schweren Fällen auch unabhängig von den Flecken richtige Petechien. Dabei hochgradiger Kräfteverfall u. Abmagerung, schwere typhöse Erscheinungen, Erregungs- u. Depressionszustände, ev. Koma vigil. Zunge fuliginös, manchmal Herpes faciei. Puls klein, beschleunigt, unregelmässig, Atmung oberflächlich. Urinverhaltung oder Secessus inscii. Albuminurie. Diazo mitunter positiv. Bei günstigem Verlauf am 13.—17. Tag Krise mit starken Schweißen oder auch staffelförmiger Abstieg des Fiebers u. allmähliches Abklingen der Krankheitserscheinungen. Zuweilen kleinförmige Abschuppung u. Haarausfall. In schweren Fällen ev. Exitus, meist gegen Anfang der 3. Woche unter den Zeichen der Herzlähmung oder des Koma. Andererseits auch leichte abortive Fälle mit wenig ausgeprägten kurzdauernden Symptomen; dazwischen alle Übergänge. **Komplik.:** Laryngitis, Otitis, Pneumonien, Lungengangrän, Nephritis, Neuralgien, Gangrän u. Decubitus, Psychosen. **Diff.-Diagnose:** Im Beginn einer Epidemie manchmal schwierig. Gegenüber Typhus abdominalis plötzlicher Beginn mit Schüttelfrost u. hohem Fieber, charakteristisches Exanthem, geringere Milzschwellung, negativer Widal, schnellerer Puls. Gegenüber Masern höheres Fieber, keine Koplikschen Flecken, kein Schleimhautantherem, kein prodromaler Temperaturabfall, Anhalten des Fiebers nach Exanthemausbruch, geringere u. spätere Beteiligung der Luftwege u. Conjunctiven. In Betracht kommen auch Variola u. Rückfallfieber. **Prognose:** Mortalität der einzelnen Epidemien verschieden, 5—60%; sie steigt mit dem Lebensalter u. mit Schwächung des Körpers aus anderen Ursachen. **Therapie:** Symptomatisch wie bei Typhus abdominalis. Strenge Isolierung, möglichst in besonderen Baracken. Desinfektion der Kleider. Gute Lüftung der Krankenräume. Guttman.

**Ulcus corneae scrofulosum.** **Ätiol.:** Abstossung der Hornhautdecke über einem scrofulösem Infiltrat. **Sympt.:** Lichtscheu, Tränen, ciliare u. conjunctivale Injektion. Substanzverlust in der Hornhaut mit rauchig getrübbten Rändern u. ebensolchem Boden. Umgebung wolkig getrübt. Iris nur bei tiefen Ulcera hyperämisch u. gereizt. **Komplik.:** Sekundäre Infektion mit Pneumokokken, Übergang in Ulcus serpens. Perforation der Cornea. Irisprolaps. Pannus scrofulosus u. regenerativus. **Diff.-Diagnose:** Siehe Ulcus corneae serpens. **Therapie:** Atropinsalbe (cf. Hornhautinfiltrat). Feuchtwarmer Verband. Später Massage mit gelber Augensalbe (Rp. 104). Roborierende Diät. Lebertran, Salzbäder. Bei Ulcera, die

peripher sitzen und durchzubrechen drohen, nicht Atropin sondern Eserin, um Irisprolaps zu vermeiden. Schieck.

**Ulcus corneae serpens.** *Ätiol.:* Verletzungen der Hornhautoberfläche mit sekundärer Infektion (bes. Pneumokokken). Prädisponierend: Conjunctivitis, Dacryocystoblenorrhoe. *Sympt.:* Substanzverlust der Cornea mit intensiv weiss gefärbten, meist buchtigen Rändern u. grauweisser Infiltration des Bodens. Umgebendes Hornhautgewebe rauchig trübe. Starke pericorneale Injektion u. Lichtscheu. Kammerwasser rauchig. An der Hinterfläche der Hornhaut, dem Sitze des Ulcus entsprechend, oft Fibringerinnsel. Im Kammerwasser Fibrinflocken, am Boden Eiteransammlung (Hypopyon). Iris stets mitbeteiligt, geschwollen, missfarben, neigt zu hinteren Synechien u. Verengerung der Pupille. Pupillarexsudat. Das Ulcus kriecht nach der Richtung weiter, in welcher der Geschwürsrand weiss infiltriert erscheint; kann über ganze Hornhaut ziehen u. zur Erweichung u. Einschmelzung derselben führen oder in die Tiefe gehen und Perforation der Hornhaut mit Irisvorfall u. Bildung vorderer Synechien veranlassen. Ev. Vereiterung des ganzen Auges (Panophthalmie). Folgezustände: Hornhauttrübungen von zarten Maculae bis zu porzellanweissen Leukomen, Vorbuckelungen der Hornhaut (vordere Staphylome), Sekundärglaukom infolge Seclusio pupillae und Aufhebung des Kammerwinkels. *Diff.-Diagnose:* Scrofulöses Hornhautgeschwür entsteht aus einem innerhalb der Hornhaut liegenden Infiltrat, hängt mit Verletzungen der Hornhautoberfläche nicht zusammen, weisse Infiltration, Hypopyon, Iritis plastica fehlen. Aus scrofulösem Hornhautgeschwür kann jedoch durch Sekundärinfektion jederzeit ein Ulcus serpens werden. *Therapie:* Tränensackexstirpation bei bestehender Tränensackeiterung. Feuchte Wärme (Verband mit Jodoformeinstäubung), Weithalten der Pupille durch Atropin. Bettruhe. Kriecht das Geschwür weiter, so werden die weiss infiltrierten Rand- und Bodenpartien mit feinem Brenner kauterisiert, oder Querspaltung der Hornhaut nach Saemisch mittels des Starmessers. Nach Abheilung Tätowieren der Leukome, optische Iridektomie oder Iridektomie zur Druckherabsetzung, um Ektasien der Hornhaut zu vermeiden. Grössere Staphylome werden abgetragen. Bei Panophthalmie Exenteratio bulbi. Schieck.

**Ulcus cruris.** Unterschenkelgeschwüre. *Ätiol.:* Trauma, Varicen (Ekzeme, Erosionen), Syphilis, endlich Carcinom. — Ursache für so häufige Geschwürsbildung am Unterschenkel ist die ungünstige Zirkulation in demselben. Deshalb davon heimgesucht alle Berufe, die ununterbrochenes Stehen verlangen. *Sympt.:* Gewebsdefekt, mit schlaffen bzw. schmutzigen Granu-

lationen bedeckt, Ränder mehr weniger infiltriert, Umgebung meist pigmentiert (braunrot), mit mangelhafter Tendenz zur Vernarbung; eitrige Sekretion, lebhaftere Schmerzen bei Neigung zur allmählichen Vergrößerung. Varicöse Ulcera leicht blutend. Bei mangelnder Behandlung werden die Geschwüre allmählich zirkulär, infiltrieren Umgebung u. Unterlage stark, bilden Schwielen, in der Nähe des Knochens diesen verdickend (periostale Reizung), schliesslich breit mit ihm u. seiner Umgebung verwachsend, fixiert. Ev. sogar elephantiasische Verdickung des Unterschenkels. **Diff.-Diagnose:** Traumatische Geschwüre an jeder Stelle des Unterschenkels möglich, bei einigermaßen guter Behandlung schnell ausheilend; varicöse von Varicen begleitet (längere Zeit den Kranken stehen lassen!); syphilitische meist multipel, mit Vorliebe im oberen Drittel lokalisiert, serpiginos, oft scharfrandig; carcinomatöse bei älteren Leuten, oft Entstehung auf alter Narbe, niemals Neigung zur Heilung. **Prognose:** Anceps; abgesehen von der Ätiologie massgebend die Behandlung. Bei Neigung zur ringförmigen Ausbreitung Gefahr hartnäckiger Oedeme, ja von Gangrän der peripheren Abschnitte. **Therapie:** Grundsätzlich den ungünstigen Zirkulationsverhältnissen durch Hochlagerung Rechnung tragen. Ferner, wenn irgend möglich, ätiologische Momente beseitigen, also bei varicösen Ulcera Behandlung der Varicen\*; bei syphilitischen Jodkali innerlich. Im übrigen sauberes Verbinden mit milden Salben, leichten antiseptischen Umschlägen bei grundsätzlicher Hochlagerung des Beins. Auf solche Weise heilen viele Geschwüre, bes. die traumatischen. Gerühmt wird folgende Therapie: Nach gründlicher Reinigung des Geschwürs durch Verbände mit essigsaurer Tonerdelösung, tägliches Verbinden (später seltener) durch messerrückenstarkes Aufstreuen von Peru-Lenicet Pulver, welches mit täglichen Bädern des Beins in 1% Sodalösung bei 40° Cels. abwechselt. Schlaffe Granulationen auskratzen, kauterisieren; bei starker Infiltration u. Fixierung der Umgebung oft ausschlaggebend Entspannungsschnitte, die namentlich bei syphilitischem U. nötig sind, um das kranke Gewebe zur Aufnahme des Medikaments zugänglich zu machen. Nach Vernarbung Schutz der zarten Narben durch Einwickelung, Zinkleimverbände, ev. selbst bei noch nicht vollendeter Vernarbung zirkulärer Heftpflasterverband oder Martinsche Gummibinde. — Bei grosser Geschwürsfläche Transplantation nach Reverdin-Thiersch; selten grösserer Hautstücke. — Derbe Infiltration u. Verdickung der Nachbarschaft macht völlige Exstirpation aller verdickten Gewebe, auch des periostverdickten Knochens nötig. Ultima ratio bleibt die Amputation. Leser.



**Ulcus duodeni.** *Ätiol.*: Wie bei Ulcus ventriculi\*; häufig nach ausgedehnten Hautverbrennungen. *Sympt.*: Schmerzanfälle 3—5 Std. nach dem Essen; primär kein Erbrechen. Objektiv: Druckpunkte mehr nach rechts als bei Ulcus ventriculi\*; Mageninhalt normal. Blut im Stuhl; häufig schwere Blutungen als erstes Symptom; seltener Perforationsperitonitis. Bei Vernarbung Duodenalstenose u. Magenerweiterung\*. *Prognose*: Heilt schlecht; Gefahr der Blutung. *Therapie*: Versuch mit Ulcuskur (S. 600). Bei sicherer Diagnose am besten chirurgisch. Beutenmüller.

**Ulcus durum.** *Sympt.*: 2—3 Wochen nach Infektion an der Impfstelle kleines Knötchen mit rotem Hof, in dessen Mitte bald eine Eiterpustel u. nach deren Platzen ein flaches, nicht tief ausgebohrtes, sondern mehr schalenförmiges, wie mit einem Hohlmeißel gemachtes Geschwür mit scharf abgeschnittenen Rändern, glatt, glänzend, wie lackiertem, mitunter speckig belegtem Grunde u. deutlicher Härte. Am häufigsten an den Genitalien, wo beim Manne im Sulcus coronarius ein knorpelharter, an der Glans mehr pergamentartiger Primäraffekt entsteht. Bei Frauen Härte nicht so häufig u. nur kurze Zeit; in der Vagina selten ein Schanker, häufiger an der Portio; an grossen u. kleinen Labien als Begleiterscheinung ein Oedema indurativum. U. d. auch nicht selten extragenital (Lues insontium), z. B. an den Lippen, durch Kuss, auf der Wange durch Rasieren, am Auge, Ohre, Mamma, Finger (bes. bei Ärzten). *Diff.-Diagnose* zwischen U. durum (a) u. U. molle (b):

1. a) Erste Erscheinung in der 3.—4. Woche; b) nach 24 Std. Pustel, nach 3 Tagen Geschwür.
2. a) meist einfach; b) meist mehrfach.
3. Geschwür a) flach, oft erhaben; b) oft grubig ausgehöhlt.
4. a) schwacher Begrenzungssaum; b) steile unterminierte Ränder.
5. a) Grund glatt, glänzend, wie lackiert; b) uneben ausgenagt.
6. Sekretion a) gering, mehr serös; b) reichlich, eitrig.
7. Basis a) ziemlich derb bis knorpelhart; b) meist weich, nur bei bestimmten Lokalisationen etwas derb.
8. Bubonen a) bald nach Primäraffekt, indolent, nicht entzündet, universell; b) fehlen ganz oder virulent, entzündlich, nur inguinal.
9. Sekret a) nur in den ersten Tagen auf den Träger überimpfbar, auch auf Affen, Kaninchen usw. übertragbar; b) auf den Träger überimpfbar, erzeugt wieder weichen Schanker.
10. a) in dem vom Primäraffekt gewonnenen Reizserum oder Geschabe Spirochaete pallida; b) im Eiter Streptobacillen.
11. Wassermannsche Reaktion a) sehr oft positiv; b) stets negativ.
12. Heilung a) meist ohne sichtbare Narbe; b) mehr weniger tiefe Narbe, noch nach Jahren. — Im übrigen cf. Ulcus molle. *Therapie*: Versuch, das Ulcus möglichst früh zu ex-

cidieren oder mit Holländers Heissluftkauterisation die Spirochaeten zu zerstören; leider nicht oft erfolgreich. Im übrigen lokale Therapie mit Kalomel, Quecksilberpflastermull oder Jodoform. Sehr günstig wirkt Salvarsan, da schon durch eine Injektion (0,5) nach 5—6 Tagen Heilung. M. Joseph.

**Ulcus molle.** *Ätiol.:* Streptobacillen (Ducrey); schlanke homogene in Form von Ketten aneinander gereichte mit polychromem Methylenblau färbbare, nach Gram sich leicht entfärbende Bacillen. Reinkultur auf Blutagar u. Überimpfung auf Affen gelungen. *Sympt.:* Schon wenige Stunden nach Infektion an der Impfstelle Rötung, nach 2—3 Tagen Pustel, nach deren Platzen rundes, grubiges, wie mit Locheisen ausgebohrtes Geschwür mit schlaffen, aber scharfen, etwas unterminierten, oft zackigen, gegen die Umgebung meist emporgewölbten Rändern. Der unebene, zernagte Grund ist mit grauweissem, schmierigem, fest anhaftendem Belage bedeckt; das Geschwür blutet u. sezerniert stark Eiter, der weiter verimpfbar ist u. neue weiche Schanker, sei es auf den Träger durch Autoinokulation, sei es auf andere Individuen erzeugt. Meist lässt in der 4. Woche Eiterung nach, es erheben sich vom Grunde kräftige Granulationen, die pilzförmig über die Oberfläche hervorragend (U. *elevatum*) u. in 5—8 Wochen Heilung. Zuweilen aber bei heruntergekommenen, schwächlichen Individuen brandiger Zerfall (U. *gangraenosum*); andere Male fest anhaftende, trockne, gelblichweisse, diphtherische Auflagerung (U. *diphthericum*) mit langsamem fieberhaftem Verlaufe; mitunter auch *serpiginöse* Ausbreitung. — Sitz beim Manne am häufigsten Präputium u. Glans penis, seltener Harnröhre; bei der Frau Fossa navicularis, Clitoris, Schamlippen, selten Vagina. Auf dem äusseren Vorhautblatt wenig in die Tiefe gehender Flächenschanker, auf dem inneren Blatte oberflächlicher meist ziemlich ausgedehnter Substanzverlust mit umschriebener tief roter glatter Fläche (U. *ambustiforme*). Im Gegensatz zum harten Schanker ist der weiche selten extragenital. *Komplik.:* Bubonen (cf. S. 337), Lymphangitis, Phimose u. Paraphimose. *Diff.-Diagnose:* Wichtig Verlauf u. begleitende Umstände. Zuweilen, bes. im Sulcus coronarius, ist Grund u. Umgebung stark infiltriert. In Betracht kommen Ulcus durum\*, Condyloma latum, Balanoposthitis\* u. Herpes genitalis\* (heilen bald unter Pudern ab), aufgekratzte Scabiespusteln (Erscheinungen am übrigen Körper), Cancroid am Penis u. in der Vulva (mikrosk. Untersuchung). *Therapie:* Excision oder, falls dies nicht möglich, zur Verhütung der Komplikation mit Bubonen frühzeitige Ätzung in Abständen von mehreren Tagen mit reiner Carbol-säure oder Jodtinktur u. Nachbehandlung mit Jodoform oder

Europäern. Beim gangränösen Ulcus Bepflanzung mit heissem übermangansaurem Kalium (1 : 4000). M. Joseph.

**Ulcus ventriculi.** *Ätiol.*: Pepsinverdauung von Schleimhautstellen, die in ihrer Ernährung geschädigt sind durch Zirkulationsstörungen (Chlorose) oder Traumen (Stoss, Quetschung der Magengegend). *Sympt.*: Heftige, schneidende, oft nach dem Rücken ausstrahlende Magenschmerzen, 2—3 Std. nach Nahrungsaufnahme auftretend; abhängig von der Konsistenz der Nahrung; nach breiig-flüssiger Kost geringer. Starke Empfindlichkeit der Magengegend gegen Druck (Kleider, Palpation). Häufig Erbrechen (gewöhnlich stark sauer) auf der Höhe des Schmerzanfalles; danach Erleichterung; daher löst der Pat. oft das Erbrechen künstlich aus. In vielen Fällen Beimengung von Blut zum Erbrochenen u. Stuhl, oder eigentliche Hämatemesis\*, Melaena resp. occulte Blutungen (Nachweis kleiner Mengen durch Webersche Probe oder Häminkristalle); ev. Symptome innerer Blutung\*. Appetenz meist gut. Oft sogar Heisshunger, aber Scheu vor dem Essen. Daher mehr oder weniger starke Abmagerung. Nicht selten Klagen über saures Aufstossen; Obstipation. In manchen Fällen ist eine schwere Blutung oder Perforation das erste Symptom. Objektiv: Druckempfindlichkeit resp. ein meist umschriebener Druckpunkt im Epigastrium median oder etwas links von der Mittellinie; häufig auch ein dorsaler Druckpunkt (links vom 11.—12. Dornfortsatz). Sondenuntersuchung (bei chlorotischem Ulcus oder kurz nach Blutung kontraindiziert!) ergibt häufiger gesteigerte als normale Säurewerte; nüchtern ist der Magen beim unkomplizierten Ulcus leer. *Komplik.* u. *Nachkrankheiten*: Perforationsperitonitis\*, Perigastritis (ev. schmerzhafter Tumor zu fühlen; Gefahr der Pylorusstenose u. Magenerweiterung); narbige u. spastische Pylorusstenose\*, Sanduhrmagen, Supersekretion u. Magensaftfluss\*; selten Abscess. Späterhin auf dem Boden eines Ulcus öfters Carcinom\*. *Prognose*: Stets etwas dubiös quoad sanitatem. Oft langwieriges Leiden, häufige Rezidive; Möglichkeit lebensgefährlicher Komplikationen. *Diff.-Diagnose*: Cf. Gastralgie, Hämatemesis, Superacidität, Magenkarzinom, Ulcus duodeni. Bei Carcinom meist niedere resp. allmählich abnehmende HCl-Acidität, Milchsäure; Kachexie; nur bei Ulcus carcinomatosum noch lange Superacidität beobachtet. *Therapie*: Die ersten 10—20 Tage strenge Bettruhe; dabei beständig heisse Breiumschläge auf Magengegend (nach Blutung jedoch Eisbeutel, die aufzuhängen sind!). *Diät nach Leube*: Anfangs, bes. nach Blutung, womöglich 2—3 Tage rectale Ernährung (z. B. nach Boas: 250 g Milch, 2 Gelbeier, 1 Esslöffel Rotwein, 1 Teelöffel Kraftmehl, 1 Messerspitze Kochsalz; diese Mischung 2—3 × tgl.; 1 × tgl. Reinigungseinlauf; cf. Rp.

211). Gegen das Durstgefühl Mundspülungen. Allmählich gekochte Milch u. Sahne, warm oder kalt, resp. geeist; geringe Mengen auf einmal, pro die von  $\frac{1}{2}$ —1 Liter steigend. Nun 4 Ernährungsperioden von je 8—10 Tagen. 1. Form (dünnflüssig): Milch, Sahne, Mehlsuppen, weiche Eier u. rohe Eier mit Zucker; oder reine Milchkur (2—3 l). 2. Form (dünnbreiig): Zulage von Fleischgelee, Fruchtgelee, eingeweichtem Zwieback; gewiegtes Huhn, gekochtes u. durchgetriebenes Kalbshirn oder -bries, Butter. 3. Form: Zulage von geschabtem Lachsschinken, gewiegttem Schnitzel, magere Fische, Kartoffelbrei, passierte Gemüse (Spinat, Schoten, Mohrrüben), Weissbrot. 4. Form: Zulage von zarten Braten (Kalb, Reh), Roastbeef, Eierspeisen, Kompotte. Noch monate- u. jahrelang verboten: Schwarzbrot, fette Fleischsorten u. Räucherwaren, rohes Obst, grobe Gemüse, stärkere Alkoholica. Diät nach Lenhartz: Sofort, auch nach Blutung, stomachale Ernährung. Beginn mit 200 ccm Milch u. 1 rohen Ei, steigend pro Tag um 100 ccm Milch u. 1 Ei bis 1000 ccm Milch u. 8 Eier. Vom 4. Tage ab Zucker (20—50 g steigend), vom 8. Tage ab 40—70 g Schabefleisch. In der 2. Woche dazu allmählich Milchreis, Zwieback, geschabter Schinken u. Butter. Leubediät sicherer; bei Lenhartzkur raschere Kräftezunahme. Medikamentös: Karlsbader Wasser morgens nüchtern 1—2 Glas ca. 37°, langsam zu trinken. Bei Superacidität\* Alkalien. Cf. Gastralgie, Hämatemesis, innere Blutungen, Peritonitis. Bei chronischem Ulcus oder ambulanter Behandlung Bismutum subnitricum kaffeelöffelweise in Wasser verrührt, nüchtern. Oder Rp. Arg. nitric. 0,4, Aq. dest. ad 200,0. S. 3 × tgl. 1 Essl. (nicht Metall!) vor dem Essen. Bei Spasmen Ölkur: 3 × tgl. vor dem Essen Olivenöl (1 Esslöffel bis 1 Weinglas). Bei häufigen Blutungen oder Versagen einer typischen Ulcuskur Gastroenterostomie. Behandlung von Chlorose\*, Anämie\* usw. nach Abheilung des Ulcus.  
Beuttenmüller.

**Ulnarislähmung. Ätiol.:** Isolierte U. bei Frakturen des Condylus humeri int. (auch Druck des Callus), bei Vereiterung des Ellbogengelenkes, als Drucklähmung im Schlaf, als berufliche Parese (Glasbläser u. a.), selten als primäre (auchluetische) Neuritis. Ferner kombiniert mit Medianuslähmung bei zahlreichen Armverletzungen, sowie als Teilerscheinung von Polyneuritis, Syringomyelie, Poliomyelitis u. a. **Sympt.:** Gelähmt sind Flexor carpi ulnaris, Flexor digitorum prof. des 3.—5. Fingers, Adductor pollicis, Kleinfingerballen in toto, Interossei, letzte 3 Lumbricales. Beugung nur mit radialer Abduction möglich u. bes. an den Grundphalangen durchweg unvollkommen; da auch die langen Beuger u. der Extensor digitorum überwiegen, bildet sich (bes. bei Atrophie) die typische „Krallen-

hand“ aus. Atrophie die Regel; bei jeder schweren Ulnaris-  
lähmung auch Ea R. Schmerzen u. Sensibilitätsstörungen an  
der ulnaren Handhälfte (mit Ausnahme der Dorsalseite der  
Endphalangen), meist nicht am Vorderarm. **Therapie:** Gal-  
vanisation usw., cf. Lähmungen. Nicht selten später Nerven-  
naht notwendig. S. Schoenborn.

**Unguis incarnatus.** Eingewachsener Nagel. **Ätiol.:**

Unzweckmässiges Schuhwerk, stark konvexer beweglicher Nagel  
mit tiefem Falz, schlechtes Beschneiden, leichte Verletzung,  
endlich Plattfuss. **Sympt.:** Lieblingssitz Nagel der grossen  
Zehe (Aussen-, seltener Innen-Rand); schmerzhaft wunde Stelle  
an der Spitze des Falzes unter Schwellung desselben, die bald  
geschwürig wird, zu Eiterung u. Granulationsbildung führt;  
ev. Weiterschreiten des Geschwürs zur Basis unter lebhaften  
Schmerzen u. stärkerer Schwellung des Falzes. — **Therapie:**  
Im Beginn Versuch, durch Auswärtziehen des Falzes mittels  
Heftpflasterstreifen u. Unterlegen von Gaze unter die Nagel-  
ecken das Hineinwachsen zu verhüten. Borax-, Seifen-, Soda-  
bäder. Bei Geschwürsbildung am besten in lokaler Anästhesie  
Excision des eingewachsenen Nagelteils oder in schlimmeren  
Fällen der ganzen Hälfte bzw. des ganzen Nagels, Auskratzung  
der Granulationen u. Kauterisation (Lapis, konz. Essigsäure,  
Salpetersäure, Jodtinktur usw.). Rezidiv durch gutes Schuh-  
werk u. richtiges Beschneiden des Nagels (geradlinig, nicht  
zu kurz, bes. an den Ecken) verhüten. Leser.

**Unterleibstumoren.** **Diff.-Diagnose:** Zu berücksich-  
tigen Anamnese, Allgemeinerscheinungen, Symptome gestörter  
Funktion, Lokalsymptome. Palpation, Inspektion, Auskultation,  
Perkussion, ev. Cystoskopie, Oesophagoskopie, Röntgenographie.  
Feststellung der Verschiebungsfähigkeit (respiratorisch, passiv,  
bei Aufblähung, Füllung des Darms mit Wasser). Cave  
Punktion! Bei Beckenhochlagerung rücken Tumoren, welche  
von oben kommen, nach unten. T. des Magens: Bei Auf-  
blähung des Magens bald deutlicher werdend, bald verschwin-  
dend; bei Aufblähung des Darms meist vom Colon transversum  
gut abgrenzbar. Beweglichkeit je nach Lokalisation (vordere,  
hintere Wand) verschieden. Oesophagoskopie, Röntgenographie.  
T. des Dickdarms: Steigen bei Aufblähung des Magens  
nach unten; Darm geht bei Aufblähung direkt in Tumor über.  
Röntgenographie. T. des Dünndarms: Liegen bei Dickdarm-  
aufblähung innerhalb der geblähten Schlingen; zeigen ebenso  
wie Mesenterialtumoren meist grosse Beweglichkeit. T. des  
Netzes: Bewegen sich bei Magen- u. Darmaufblähung ab-  
wärts, meist sehr beweglich. Mesenterialtumoren: Sehr  
stark beweglich. T. der Leber (inkl. Gallenblase): Rücken

bei Magen- wie Darmaufblähung nach rechts oben; respiratorische Beweglichkeit. T. der Gallenblase nur mit oder gegen die Leber beweglich. T. der Milz: Von oben links ausgehend, dort deutlich fixiert (falls nicht Wandermilz), werden bei Darmaufblähung deutlicher. Gegenüber Lebertumoren entscheidend Aufblähung des Magens. Verschieblichkeit bei schweren Fällen von Wandermilz bis über die Mittellinie; an linksseitige Wanderniere denken. T. der Niere (inkl. Wanderniere): Verschwinden bei Magenaufblähung selten, wohl aber bei Darmaufblähung, welche sie mitunter in ihr Lager zurückdrängt. Wanderniere höheren Grads lässt sich bis über die Wirbelsäule verschieben; oft charakteristische Nierenform. Hydronephrose\* (Anamnese, meist langes Bestehen). T. des Ovariums: Mit dem Uterus in stielartiger Verbindung stehend; von ihm abgrenzbar; frei beweglich. Bei Stieldrehung u. intraligamentärer Entwicklung (Parovarialcysten) beschränkte Beweglichkeit. Cf. S. 432, 447. T. des Pankreas: Bei Aufblähung u. passiver Verschiebung verschiedenes Verhalten, je nach Entwicklung. Paraperitoneale T. (Urachuszysten, Fibrome u. Sarkome der hinteren Rectusscheide) werden bei Anspannung der Bauchdecken beim Aufsitzen deutlicher. T. des Uterus (meist Myome): Von Beckenwand abgrenzbar, mit dem Uterus kontinuierlich zusammenhängend, nicht von ihm abgrenzbar. Hochschwangerer Uterus (Anamnese!). Ausgetragene Extrauterin gravidität\* (Knattern der Kopfknochen, Lagerung hinter dem Uterus). Retroflexio uteri gravidi (Weichheit u. Eindrückbarkeit, Schwangerschaftssymptome, wiederholte Untersuchung). T. der Tuben (meist Pyosalpinx\*): von dem Uterus abgrenzbar, beschränkt beweglich, meist doppelseitig. Bei Tubenschwangerschaft Ausbleiben der Regel, sonstige Erscheinungen der Schwangerschaft. Beckenexsudate (cf. S. 61): a) Perimetritische E.: zwischen hinterer Beckenwand u. Uterus liegend; Uterus nach vorn geschoben, hintere Scheide nach abwärts gedrängt. Gegenüber Haematocele retrouterina kein Fieber; Anamnese! b) Parametritische E.: Seitliche Schwellung geht in Uterus u. seitliche Beckenwand kontinuierlich über. Uterus seitlich verdrängt; klopfende Arterien. Anamnese (Geburt, Abort, operative Eingriffe). Bei Hämatom des Lig. latum Anamnese! Kein Fieber! Gegenüber Parovarialcysten\* entscheidet Untersuchung in Narkose!

Kayser.

**Unterschenkelverkrümmungen.** *Ätiol.:* Rachitis, Osteomalacie, Trauma (Fraktur). *Sympt.:* Verkrümmungen der verschiedensten Art, typisch Konvexität nach aussen, dabei stärkste Krümmung an Grenze zwischen mittlerem u. unteren Drittel. Häufig gleichzeitig Convexität nach vorne u. Abplattung der Form (Säbelscheidenform); ferner dabei Drehung

nach innen, so dass Fussspitze stark nach innen rotiert ist. Zuweilen Drehung so stark u. vielseitig, dass Unterschenkel mit Korkzieher zu vergleichen. — Folgen: Genu valgum, varum, recurvatum, Pes valgus usw. — **Prognose:** Relativ gut; viele der Difformitäten verlieren sich bei Kindern spontan mit Wachstum, jedoch selten nach dem 7.—8. Jahre. **Therapie:** a) Allgemeine: Kräftigung des Organismus, viel frische Luft, gute Kost, viel Gemüse, Turnen, Solbäder, wenig gehen lassen. Innerlich Lebertran, Phosphor (Rp. 174). b) Lokale: möglichst früh redressierende Verbände (Gips, Wasserglas), Schienen; ev. forciertes Redressement in Narkose; bei schwereren Verkrümmungen Osteoklase, Osteotomie, bes. nach dem 7.—8. Lebensjahre, weil dann Knochen allmählich sklerosiert. Leser.

**Urämie. Ätiol.:** Infolge von Insuffizienz der Nieren Retention harnfähiger Substanzen (Stoffwechselprodukte, bes. N-haltige [des Eiweisses], Harnstoff, Salze usw.), Störung der „inneren Sekretion“ der Nieren, Autointoxikation (Urotoxin-, Cytolysinwirkung?). Am häufigsten bei Schrumpfniere, seltener bei akuter Nephritis (Scharlach- bes.), bei Schwangerschaftsniere und bei chron. parenchym. Nephritis. Bei Hydronephrose\*, Pyelonephritis\*, Nierensteinen\* usw. **Sympt.:** Bei chronischer U. (Wirkung auf nervöse Centren): hartnäckige Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, auch Appetitlosigkeit, Diarrhöen, Dyspnoe (Asthma\* uraemicum), dann leichte Benommenheit bis Somnolenz, ev. leichte Zuckungen, Nasenblutungen (ev. unstillbar). Steigerung dieser Symptome im akuten Anfall (kann jederzeit auch urplötzlich eintreten) bis zum ev. tagelang anhaltenden Koma uraemicum (starre, weite Pupillen, tiefe grosse schnarchende Atmung, ev. Cheyne-Stokes) mit kürzer dauernden, meist sich öfter wiederholenden, mehr minder schweren eklamptischen (epileptiformen) Anfällen; dazwischen auch Einzelzuckungen. Fieber ev. bis 40° und mehr, bes. bei schweren Krämpfen; Puls klein u. schnell (vorher hart, verlangsamt). Sinken der Diurese, Herzschwäche begünstigen den Urämie-Eintritt, daher dann Vorsicht! Tödlicher Ausgang oft, aber auch Rückgang möglich. Ferner psychische Störungen (Delirien, Tobsuchtsanfälle), akute urämische Amaurose (auch ohne Anfälle; normaler Augenhintergrund; Pupillen reagieren auf Licht; meist wieder ganz zurückgehend), Mono- u. Hemiplegien, Aphasie, Hemianopsie möglich. Pneumonie, Pleuritis treten leicht hinzu. Cf. Eklampsie. **Therapie:** Bei chron. Urämie ev. Ruhekur, strengere Diät (cf. Nephritis acuta), Diuretica (Rp. 65—70), milde Diaphoresis (cf. Nephritis acuta; Vorsicht wegen Herzens), einige Tage abführen (Rp. 119, 121). Chronische bzw. akute Herzinsuffizienz\* entsprechend behandeln; dann nicht zuviel Flüssigkeit (1—1½ Liter); bei Kopf-

schmerz Antipyrin, Pyramidon, Migränin (Rp. 37); bei Somnolenz ev. laue Bäder mit kühlen Übergießungen. Bei akutem Verlauf: vor allem Aderlass (250—350 g), ev. mit nachfolgender intravenöser oder subcutaner Infusion einer 0,8% NaCl-Lösung; diese auch allein (wenn zu anämisch); reichliches Trinken; ev. Einläufe. Bei Herzinsuffizienz\* Digitalis mit Diureticis usw. Wenn nötig Morphium (Rp. 131, 132) ev. mit Kampfer (Rp. 82); auch Chloroform gegen Krämpfe. Bei höherem Fieber Einwicklungen. Erbrechen, Diarrhoe (Selbsthilfe des Organismus), wenn nicht zu stark, nicht bekämpfen (Eisstückchen, Cocain, Morphium).  
Arneth.

**Urethrorrhoe.** *Sympt.:* Als Rest einer chronischen Gonorrhoe, zuweilen Sekretion eines farblosen, klaren, fadenziehenden, eiweissartigen Produktes, das aus den Cowperschen u. Littreschen Drüsen her stammt u. im Harne als durchsichtiges quallenartiges Gebilde herumschwimmt. Dasselbe kommt auch nach Aufregungszuständen vor (U. ex libidine). Harmlose Erscheinung, falls mikroskopisch nur schleimartige Fäden u. vereinzelte blasse Epithelien, höchstens hier u. da ein Leukocyt zu finden. *Therapie:* Zu unterlassen, da sie nur verschlimmernd wirken kann.  
M. Joseph.

**Urticaria.** *Ätiol.:* Epizoen. Auch symptomatisch infolge innerer Störungen (z. B. Verdauungsanomalien, wobei Indikanurie), indem sich aus eingeführten Speisen körperfremdes, toxisches Eiweiss bildet (cf. S. 40). *Sympt.:* In der Mitte abgeblasste, von rotem Saum umgebene, mehr weniger zahlreiche, stark juckende Quaddeln; meist nur vorübergehend. Durch Steigerung des Exsudationsprozesses Bildung von Bläschen (U. vesiculosa), oder Blasen (U. bullosa) oder Riesenquaddeln. Anordnung verschieden (U. annularis, gyrata, figurata). Auch Blutungen kommen vor (U. haemorrhagica). *Therapie:* Bei Verdauungsstörungen Darmantiseptica, z. B. Rp. Mentholi 0,1 Ol, amygdal. 0,25, in caps. gelat., 3 × tgl. 1—2 Kapseln. In hartnäckigen Fällen innerl. Atropin (tgl. 1—3 Pillen à 0,0005), äusserl. 5—10% Mentholsalbe oder Mentholspiritus oder Rp. Ichthyol 10,0, Adip. lanae 20,0, Vasel. 60,0 Aq. dest. ad 100,0.  
M. Joseph.

**Uterusatonic.** Starke Blutung infolge Erschlaffung des frisch entbundenen Uterus. *Ätiol.:* Häufig bei Vielgebärenden; Sturzgeburten; künstliche Entbindung; Zwillingsgewburten; Hydramnion; rasche Expression der Placenta; nach früheren schweren Entbindungen u. septischen Erkrankungen im Wochenbett; Retention von Placentarteilen; isolierte Erschlaffung der Uterusmuskulatur („Paralyse der Placentarhaftstelle“); infolge angeborener oder erworbener schwacher Muskulatur häufig Neigung



zu habituellen Blutungen. *Sympt.*: Dunkelvenöses Blut wird halbgeronnen stossweise entleert. Schwindel, Ohrensausen, Besinnungslosigkeit, zunehmende Blässe, kleiner frequenter Puls, klebriger Schweiß; Kälte der Hände, der Füsse, der Nase; wiederholtes Gähnen; Erbrechen; oberflächliche angestrengte Atmung; Lufthunger. Jactation\*. *Komplik.*: Uterusinversion\*. *Diff.-Diagnose*: Blutung infolge eines Risses tritt im sofortigen Anschluss an Geburt auf; Blut hellrot, kontinuierlich fliessend; Uterus hart, klein, gut kontrahiert; ev. Blosslegung der Genitalien mit Löffelspeculis. *Prognose*: Ernst. Blutverlust wird individuell verschieden vertragen. Dyspnoe signum ominis pessimi. *Therapie*: Vor Geburt der Placenta Reiben des Uterus. Credéscher Handgriff (vorher Wehen erzeugen! Hand muss die Placenta umfassen!). Wenn erfolglos, bei drohender Anämie manuelle Lösung u. Entfernung der Placenta (ca. 10 % Mortalität!). Nach Geburt der Placenta: Auspressung der Blutgerinnsel; Reiben vom Abdomen aus unter gleichzeitigem Gegen-einanderpressen der hinteren gegen die vordere Wand. Kompression der Aorta (wirkt wehenerregend) ev. Ausspülung mit 50° heisser 1/2 % Lysollösung. Ev. Momburgscher Schlauch oder Gazetamponade des Uterus. Schon bei Verdacht des Zurückbleibens von Placentarteilen Austastung u. Entfernung der retinierten Teile. Nach Stillung der Blutung Tieflegen des Kopfes, Erheben der Beine (Autotransfusion), Einwicklung von Armen u. Beinen; Wein, Kognak, heisser Kaffee ev. Analeptica per Klysmä; subcutane oder intravenöse Injektion 0,9 % Kochsalzlösung (wenigstens 500 ccm). Heisse Tücher auf Herz, Brust, Leib.

Kayser.

**Uteruscarcinom.** Carcinom der Portio vaginalis, der Cervixschleimhaut, des Uteruskörpers, letzteres vom Epithel der Oberfläche oder den Drüsen ausgehend. *Ätiol.*: Ungeklärt. Prädisponierend: überstandene Geburten, Cervix-, Uterus-Katarrhe. *Sympt.*: Voran steht Blutung; zunächst gering, im Anschluss an äussere Veranlassungen (Coitus), bes. verdächtig nach Cessatio menses. Anfangs als verstärkte Menstruationsblutung, später in Form der Menorrhagie u. Metrorrhagie, verbunden mit fleischwasserartigem übelriechenden missfarbenen Ausfluss. Bei weiterer Progredienz Cystitis\*, Blasenscheidenfistel; seltener Mastdarmscheidenfistel, Hydronephrose (bes. bei Cervixcarcinom, sehr selten beim Corpuscarcinom); Oedeme eines oder beider Beine. Bei Portiocarcinom gelegentlich infolge Verschlusses des Muttermunds Pyometra, Anorexie, Obstipation, Erbrechen, Marasmus, ev. Urämie, Peritonitis. Schmerz (dumpfe Kreuzschmerzen, bohrende Schmerzen, Druckgefühl im Becken) tritt erst vorgeschrittenen meist schon inoperablen Fällen auf. *Komplik.*: Pruritus vulvae *Diff.-Diagnose*:

Bei Unregelmässigkeit der Ausscheidungen bes. im 4.—5. Dezenium Digital- u. Speculumuntersuchung. Das carcinomatöse Geschwür ist gelblichrötlich, hat deutlich erhabene infiltrierte Ränder; Tendenz zur Blutung bei Berührung (cf. Portio vaginalis, Geschwüre). Bei Cervixcarcinom fühlt der Finger bucklige harte, bei Berührung stark blutende Prominenzen, ebenso bei genügender Cervixweite ev. beim Corpuscarcinom. Wenn Palpation unmöglich, mikroskopische Untersuchung excidierter bzw. curettierter Stücke. **Therapie:** Von höchster Bedeutung frühzeitige Diagnose durch Aufklärung weiter Volksschichten. Bei gestellter Diagnose bei Corpuscarcinom vaginale Total-exstirpation; bei Cervix- u. Portiocarcinom grundsätzlich, da bereits frühzeitig abführende Lymphbahnen u. Drüsen infiziert sind, erweiterte Freund-Wertheimsche Operation. Bei inoperablen Fällen zur Beseitigung von Ausfluss, Blutung u. Schmerzen energische Auslöfflung des carcinomatösen Geschwürs u. Setzen festen Brandschorfs (nur durch Spezialisten!): Ausstopfung mit Alaun-, Tannin-, Bortannintampons (cave Chlorzink!) oder Eingiessen von 1—2 Essl. reinen Acetons (nach 24 Stunden, dann 2—3 × wöchentlich wiederholt). Narkotica: Antipyrin, Codein, Chloral, Aspirin, Pyramidon, später Morphinum, Rectum-suppositorien. (Abwechselnd gebrauchen.) Bei carcinomatösen Fisteln Dauerbäder, Morphinum. Kayser.

**Uterusinversion.** Uteruswand oder ganzer Uterus stülpt sich in das Cavum uteri oder durch den Muttermund in die Scheide ein. **Ätiol.:** Hochgradige Schloffheit des Uterus (oft in Verbindung mit unrichtigen Eingriffen) in partu u. im Wochenbett; breit aufsitzende Tumoren des Uterus (Fibrome, Sarkome) infolge Schwere der Geschwulst u. Ausstossungsbestrebens des Uterus. **Sympt.:** Bei akuter Totalinversion grosser die Scheide ausfüllender Tumor; zumeist Shock u. starke Blutung. Chronische Fälle mitunter symptomlos; meist aber blutiger Ausfluss, Eiter- u. Schleimabgang, verschieden starke Blutung (Menorrhagien, Metrorrhagien) Kreuz- u. Leibscherzen, Drängen nach unten, Harnbeschwerden; hochgradige Prostration. Ev. Gangrän oder Sepsis. **Diff.-Diagnose:** Bei bimanueller Untersuchung (am besten in Narkose per rectum) ist Fehlen des Uterus, trichter- oder spaltartige Einsenkung an Stelle des Uterus nachweisbar. Verwechslung mit Kopf des zweiten Zwillinges u. „Polypen“ (Stiel des Tumors geht, wenn T. stark angezogen wird, allenthalben in Cervix über; Sondenuntersuchung!). **Therapie:** Reinversion des puerperalen Organs; wenn Cervix stärkeren Widerstand entgegengesetzt, in Narkose; Tamponade des Uterus; ev. E nukleation eines Tumors. Vorsichtiger Repositionsversuch in Narkose danach meist erfolgreich; ev. nach vorhergehendem tagelang durchgeführten Einlegen eines stark

gefüllten Kolpeurynters oder fester Tamponade mit Gaze. Wenn erfolglos, Operation. Prinzip: Reposition nach Spaltung des Uterus. In verzweifelten Fällen Exstirpation des Uterus.

Kayser.

**Uterusmyome.** *Sympt.:* Je nach Sitz ganz verschieden.

Sitzt Myom im Fundus uteri interstitiell oder subperitoneal, so können zunächst alle Symptome fehlen. Erst wenn Myom sehr gross wird, macht es Beschwerden wie jeder wachsende Abdominaltumor: Gefühl von Völle im Leibe, Verdauungsbeschwerden, Druck auf Harnblase oder Rectum, Abnahme der Kräfte. Bei multiplen subserösen Myomen können Verwachsungen mit Netz u. Darm eintreten, die durch ihre Zerrung Beschwerden machen. Schwangerschaft kann trotz Uterusmyomen eintreten, auch ungestört verlaufen, wenn Myome mit dem wachsenden Uterus aus dem Becken gehen. Andernfalls (cervicale Myome!) ev. Störungen bei der Geburt. In anderen Fällen kommt es bei multiplen submucösen Myomen leicht zu Abort. Interstitielle u. submucöse Myome können weiter dysmenorrhische Beschwerden verursachen, die wieder verschwinden, wenn das Myom infolge seines Wachstums mehr subperitoneal zu liegen kommt. Submucöse Myome verursachen vor allem stärkere Blutungen, die sich zuerst an die Menstruation anschliessen, diese verlängern, erhebliche Anämie verursachen. Kommt Myom nahe unter die Schleimhaut zu liegen, so kann es Stiel bilden, der sich mehr u. mehr verlängert, so dass Myom endlich als Polyp in dem sich erweiternden Muttermunde fühlbar wird (Uteruspolyp\*); regelmässig dann stärkere Blutungen. *Diff.-Diagnose:* Bei subperitonealen Myomen häufig Verwechslung mit Ovarialtumoren. Ist der Uterus gleichmässig vergrössert, das Myom weich, liegt Verwechslung mit Schwangerschaft nahe. Verdacht auf submucöse Myome besteht, wenn Uterus vergrössert, hart ist, wenn Blutungen bestehen, die jeder Therapie trotzen. *Therapie:* Konservative Therapie heute fast völlig verlassen. Nur noch bei Myomen, die keine Beschwerden machen u. nicht sehr gross sind, anzuwenden (Solbäder, Ergotin bei verlängerten Menstruationen). Bei stärkeren Blutungen ist Ätzung der Uterusschleimhaut zu unterlassen; vorübergehenden Erfolg durch Curettage. Myome, die stärkere Beschwerden machen oder zu Blutungen führen, so dass die Kranke in ihrer Ernährung leidet, sind operativ zu entfernen; je nach Befund entweder vaginal mit Erhaltung des Uterus (kleine submucöse Myome, myomatöse Polypen), oder durch vaginale, resp. abdominale Totalexstirpation.

Fromme.

**Uteruspolyp.** Schleimpolypen der Cervix uteri entstehen bei chronischen Cervicalkatarrhen; sie hängen zungenförmig

aus dem äusseren Muttermunde hervor, bluten bei Berührung u. haben rote Farbe. Grössere Polypen, die aus dem eröffneten Cervicalkanale u. äusseren Muttermunde hervorragen, sind myomatöser Natur. Sie fühlen sich hart an, bluten ebenfalls bei Berührung, u. sind submucöse Myome, die mit langem Stiel von der Innenfläche des Uterus abgehen. *Sympt.*: Beide Arten von Polypen machen starken Ausfluss u. unregelmässige Blutungen. Hauptsächlich treten letztere auch auf bei mechanischen Irritationen (Coitus). *Diagnose* leicht bei innerlicher Untersuchung. *Therapie*: Nur operative Entfernung, indem man nach Anziehen des Polypen den Stiel durchschneidet. Kauterisation des Stielrestes bei stärkerer Blutung ev. notwendig. Bei myomatösen Polypen hüte man sich, den Stiel nach festem Anziehen des Polypen zu hoch oben zu durchtrennen, da man den Uterus invertiert haben kann, u. dann ein Loch in die Uteruswand schneiden könnte. Fromme.

**Uterusruptur.** Beginnt meist im unteren Segment, setzt sich ev. in Fundus u. Scheide fort. *Ätiol.*: Selten spontan oder durch Traumen in Schwangerschaft (bei degenerativen Prozessen der Muskulatur); zumeist Ausdruck stärkster Dehnung des Durchtrittsschlauches in partu: enges Becken\*; Geschwülste als Geburtshindernis\*; Querlagen; Hydrocephalus bei Schädelage\* (spontane U. in  $\frac{2}{3}$  der Fälle); operative Eingriffe, hauptsächlich Wendung (in  $\frac{1}{3}$  der Fälle). *Sympt.*: Als Vorboten starke rasch aufeinanderfolgende Wehen; Unruhe; ständige Schmerzen im Leib; kleiner jagender Puls. Contractionsring in Höhe des Nabels. Eintritt der Ruptur charakterisiert durch plötzlichen heftigsten Schmerz, plötzliches Sistieren der Wehen, Beweglichwerden bzw. Verschwinden des vorangehenden Kindsteils. Im Gegensatz zur geringen äusseren Blutung Kollaps, Anämie. In 75% komplette U.; in 25% inkomplette U. (Hämatome können bis in die Nierengegend hinauftreten). Bei langsam entstehenden Zerreibungen u. inkompletter U. allmähliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens ohne bedrohliche Lokalsymptome. *Diff.-Diagnose*: Gefüllte Harnblase kann mit Contraktionsring verwechselt werden (Katheterisieren!). *Prognose*: 70% Mortalität bei kompletter, 50% bei inkompletter U. Bei spontaner kompletter U. mit Kindsaustritt in Bauchhöhle fast 100%. *Therapie*: Prophylaktisch bei drohender U. sofortige Entbindung, welche weitere Schädigung des Durchtrittsschlauches vermeidet (zerstückelnde Operationen, Beckenspaltung, Sectio caesarea). Bei eingetretener U. in praxi Extraktion per vias naturales; sonst sofortige Laparotomie im Krankenhaus. Kayser-

**Vaginismus.** *Ätiol.*: Enge Scheide; Rhagaden; oberflächliche Ulcerationen; abnorme hohe Lage der Vulva; Ner-

vosität; Angst vor Kohabitation; derbes hyperästhetisches Hymen; absolute oder relative Impotenz des Mannes. **Sympt.:** Hochgradig gesteigerte Empfindlichkeit des Scheideneingangs, mitunter verbunden mit schmerzhaftem Reflexkrampf des Constrictor cunni, der Perinealmuskulatur, des Sphincter u. Levator ani. Immissio penis u. Einführung des explorierenden Fingers oft unmöglich; wird auch während der Geburt beobachtet. **Therapie:** Entsprechende Belehrung der Ehegatten; Bepinselung des Hymens mit 5—10% Cocainlösung; Kaltwasserbehandlung. Wenn erfolglos, vollständige Excision des Hymens mit zirkulärer Naht u. nachfolgender Dilatation mit graduierten Röhrenspeculis. Kaysers.

**Vaguslähmung. Ätiol.:** Primäre Neuritis, selten isoliert, häufiger Polyneuritis (bes. diphtherica u. alcoholica, auch Typhus, Scharlach, Influenza u. a. Infektionen), auch bei Blei- u. Arsenvergiftungen. Central nicht selten bei Tabes, Bulbärparalyse. An der Schädelbasis durch Meningitis, Tumoren, Caries, meist mit IX u. XII zusammen. Häufig Halsoperationen (Struma), sowie namentlich Aortenaneurysmen (bes. Recurrens), Drüsentumoren am Hals u. im Mediastinum, pleuritische Schwarten. Häufig bei Hysterie. Stets am häufigsten Recurrens betroffen; bei basalen Prozessen in der Regel auch Accessorius. **Sympt.:** Einseitige Vaguslähmung macht Lähmung von Pharynx, Larynx u. Gäumensegel (Sprache näselnd, Schlingen stark gestört). Stimmband der kranken Seite in Medianstellung, weder bei Phonation noch Atmung sich beteiligend; dadurch gebrochene Stimme (cf. S. 563). Herzsymptome inkonstant, doch öfters Pulsbeschleunigung (oft bei Diphtherie!). Bisweilen unregelmässige Atmung. Bei doppelseitiger Vaguslähmung wird (durch Stimmbandlähmung) starke Dyspnoe die Regel. Überhaupt sind die wichtigsten (u. oft isolierten) Symptome der V. die der Recurrenslähmung; auch bei der hysterischen Aphonie sind die Phonatoren (meist doppelseitig) funktionell paretisch. Zweifellos spielen aber Reiz- u. Schwächezustände auch des ganzen Vagus bei den sog. Vagusneurosen (neurasthenische Herzbeschwerden usw.) eine grosse, nur nicht im einzelnen nachweisbare Rolle. **Diff.-Diagnose:** Nur zwischen organischer u. funktioneller Stimmbandparese bisweilen schwierig (Hysterie meist doppelseitig, betrifft nur Phonation). **Therapie:** Cf. Lähmungen. Bei der bisweilen lebensbedrohenden (Diphtherie!) totalen V. Strychnin in grossen Dosen (Rp. 152), Galvanisation u. Faradisation (vorsichtig). Bei Posticuslähmung unter Umständen Tracheotomie. Bei hysterischer Vaguslähmung Suggestion, Galvanofaradisation mit starken Strömen unter Phonationsversuchen usw. S. Schoenborn.

**Varicellen.** Wind-, Wasser-, Spitzpocken. *Ätiol.*: Akute ansteckende Infektionskrankheit, bes. des Kindesalters, die mit Variola u. Variolois nichts gemein hat. Kontagium unbekannt. *Sympt.*: Nach Inkubation von 12—14 Tagen unter leichten Allgemeinbefindenstörungen u. mässigem Fieber (ev. fehlend) juckendes roseolaartiges Exanthem, bes. an Brust u. behaartem Kopf, das meist ohne Knötchenbildung in Bläschen übergeht. Letztere z. T. mit centraler Delle u. rotem Hof, ohne Vereiterung bald eintrocknend u. in der Regel ohne Narben abheilend. Schubweises Auftreten, sodass (im Gegensatz zu Pocken) mehrere Entwicklungsstadien nebeneinander. Auch Schleimhäute befallen, wo statt Bläschen kleine Geschwüre entstehen. *Kompplik.*: Nur ausnahmsweise Nephritis, Otitis, Pemphigus. *Diff.-Diagnose*: Pocken, vesiculäres Syphilid, Pemphigus, Aphthae epizooticae. *Therapie*: Isolierung von anderen Kindern, Bett-ruhe, Puder, Ichthyol- oder andere Salben. Im übrigen symptomatisch. Guttman.

**Varicen.** Krampfadern. Erweiterung, Ausbuchtung der Venen u. Stauung des Blutes in denselben, namentlich am Beine im Gebiete der V. saphena magna. *Ätiol.*: Langes ununterbrochenes Stehen; Druck auf die centralen Venen, z. B. durch häufigere Geburten, Tumoren; ferner der Druck der grossen Blutsäule bis zur Vena cava, weil diese Venen klappenlos sind (Trendelenburgsches Phänomen); in Verbindung damit auch Verlust der Elastizität durch die stets vorhandene Phlebitis. *Sympt.*: Bläulich durchschimmernde, vielfach gewundene, erhabene, subcutane, leicht eindrückbare Stränge, gewöhnlich im Gebiet der V. saphena magna, also an Innenseite des Unterschenkels, Kniekehle, innerer Vorderseite des Oberschenkels bis zum Proc. falciformis. Hier u. da vereinzelt stärkere, rundliche Ausbuchtungen, dicht unter der Haut liegend mit Gerinnungen ev. sogar Phlebolithen von Walnuss- bis Ei-Grösse. Krampfartige Schmerzen im Bein, Gefahr des Platzens eines Varix mit abundanter Blutung. Stets Phlebitis u. Trombophlebitis\* mit ihren Gefahren (Embolie) vergesellschaftet. Ferner häufig Ekzeme, Ulcerationen (cf. S. 596). *Diagnose*: Nicht zu verfehlen in ausgebildeten Fällen; bei leichten Fällen Prüfung der Gefässe nach längerem Stehen auch bei Compression der V. cruralis am Poupart'schen Bande. — *Prognose*: Anceps. *Therapie*: Im Beginn konsequente Einwicklung des Beins von unten nach oben mit Flanell- oder Trikot-Binde; weniger zu empfehlen Gummi-Strümpfe, weil gewöhnlich anfangs zu eng, später sehr bald zu weit. Zinkleimverbände, auch bei Ulcerationen. Bei hochgradigen V. Operation. Entweder nach Trendelenburg Ligatur u. Excision eines kleinen Abschnittes

(2—3 cm lang) aus der V. saphena magna, wodurch Ausschluss des Druckes der grossen Blutsäule. Oder nach Tavel arterielle Thrombosierung der ektasierten Venen: Ligatur der V. saphena, dann nach 2 mal 24 Stunden Injektion von je 2,0—3,0 g, 5% Carbolsäure in die dilatierten Venen, wodurch sofort deutlich fühlbare Thrombosierung; in Pausen von je 2 Tagen Fortsetzung bis alle dilatierten Venen thrombosiert sind. Leser.

**Varicocele.** Krampfaderbruch; Erweiterung der Venen des Plexus pampiniformis. *Ätiol.:* Links wesentlich häufiger als rechts, da linke V. spermatica oft rechtwinklig in Vena renalis mündet und so leichter Stauung u. Dilatation eintritt. Ferner kommen in Frage vasomotorische Einflüsse (Pubertätsjahre), chronische Obstipation (Druck auf V. spermatica). *Sympt.:* Schwellung, Verlängerung, Wulstung der betreffenden Hodensackhälfte. Oft sichtbare, jedenfalls fühlbare (stehende Körperhaltung!) geschlängelte u. dilatierte Gefässkonvolute, zuweilen bläulich durchscheinend, Gefühl wie platter Bandmassen (Regenwürmer). Druck am äusseren Leistenring vermehrt die Schwellung, dgl. Husten usw. Oft ziehende, zuweilen recht starke Schmerzen in der betr. Hodensackhälfte, Ekzeme. Gefühl der abnormen Schwere, Abnahme des Impetus coeundi u. damit verbunden zuweilen melancholische Anwandlungen. *Prognose:* Leidlich, weil öfters spontane Zurückbildung der dilatierten Venen; doch auch Atrophie des Hodens beobachtet. *Therapie:* Suspensorium, leicht komprimierende Einwicklung, kalte Begiessungen der Hodensackhälfte, Sorge für glatten Stuhlgang. Bei grösseren Beschwerden durch operative Freilegung der dilatierten Venen u. multiple Excision aus denselben völlige Heilung. Leser.

**Veratrinvergiftung.** Durch das Alkaloid (arzneilich) oder Veratrum- (Nieswurz-) Arten, z. B. Samen Sabadillae (Läusesamen, von V. Sabadilla) u. Schneeberger Schnupftabak (enthält u. a. Rhizoma Veratri albi). *Sympt.:* Brennendes Gefühl in den Speisewegen, Speichelfluss, Brechdurchfall, Koliken, Tenesmus, Schwindel, Zittern, Sehstörungen, Parästhesien, Erregungszustände, Krämpfe u. Lähmungen, Temperaturerniedrigung, Dyspnoe, Kollaps. *Therapie:* Magenspülung mit Tannin (2%) oder Kal. permang., Brech- u. Abführmittel, Diuretica. Als Antidot Atropin (Rp. 147). Ev. Excitantien (Kampfer, Wein, Liq. Ammon. anisat. halbstl. 10—20 Tr.) u. Narkotica. Guttman.

**Verbrennung.** *Ätiol.:* Flammen, siedende Flüssigkeiten oder Dampf („Verbrühung“), Gase bei Explosionen; leichtere V. schon durch Sonne u. strahlende Wärme bei offenem Feuer.

**Sympt.:** Beim 1. Grade Rötung, Schmerz, entzündliche Schwellung. Beim 2. Grade daneben kleine u. grosse Blasen; anfangs klarer, später gelblicher Inhalt. Schmerz meist sehr heftig. Beim 3. Grade Gewebe braun bis schwarz verschorft u. verkohlt. **Prognose:** Bei V. der Hälfte des Körpers, bei Kindern schon  $\frac{1}{3}$ , Tod sehr wahrscheinlich. Dann heftiges Erbrechen, Anurie oder Oligurie, Bewusstseinsstörung, manchmal Krämpfe. **Komplik.:** Pyogene Infektion. Ausgedehnte oft keloide Narbenverziehungen, Ektropium am Auge, Verwachsungen der Gelenkbeugen. Schwere Contracturen. **Therapie:** 1. Grad: Indifferente Salben, feuchte Umschläge. 2. Grad: Grosse Blasen an Basis steril eröffnen, Epidermis aber liegen lassen. Bei schon offenen Blasen Epidermis besser entfernen. Dann Streupulver (Dermatol usw.), auch Aqua calcis, Leinöl, Bardella (Wismutbinde), indifferente Salben, Umschläge. Ev. Anästhesin (Rp. 4) bzw. Morphium. 3. Grad: wie 2; nach Lösung der Schorfe frühzeitig Transplantationen nach Thiersch oder Krause. Besondere plastische Operationen bei Contracturen u. Ektropium (s. Keloid). Bei Kollapszuständen cf. S. 228. Kaposi.

**Verrucae. Sympt.:** Stecknadelkopf- bis erbsengrosse, harte, halbkugelige Prominenzen, am häufigsten im Gesicht, auf behaartem Kopfe, an Händen u. Nagelwall. Oberfläche gleichmässig oder mit leicht schmerzhaften u. blutigen Einrissen. Bei jugendlichen Individuen an Handrücken u. Stirn flache, weiche, gelblich-bräunliche oder braunrote, kaum über die Oberfläche hervorragende Warzen (*V. planae juveniles*), bei alten Leuten senile oder seborrhoische tief dunkle Warzen im Gesicht und am Rücken, an den Prädilektionsstellen des Ekzema seborrhoicum. Die Warzen sind übertragbar; Krankheitserreger unbekannt. **Therapie:** Bei *V. senilis* am besten Chrysarobin (Rp. 207), bei *V. juveniles* innerl. Arsen (Rp. 21 ff.) oder Atropin (0,05 : 25,0 3 × tgl. 2 Tropfen) u. äusserl. Einspinselung von Rp. Acid. lactic. 2,0, Acid. salicyl. 3,0, Collodii ad 50,0. Bei harten Warzen Elektrolyse (negativer Pol mit gewöhnlicher Nähnaedel, positiver mit indifferenter Elektode verbunden). In hartnäckigen Fällen Röntgenstrahlen.

M. Joseph.

**Verstauchungen. Ätiol.:** Fast immer indirekte Gewalteinwirkung durch forcierte, dem betr. Gelenk nicht konforme Bewegungen; dadurch Dehnung bzw. Einrisse der Kapsel u. Gelenkbänder, sogar sofort wieder sich einrichtende Luxationen. **Sympt.:** Heftiger Schmerz, der bald vorübergeht, nur bei Druck auf verletzte Stelle u. frühzeitig gemachten Bewegungen länger anhält. Funktionsstörung verschiedenen Grades. Blutung ins Gelenk (*Hämarthros*) u. Umgebung, daher bald



Schwellung auch der benachbarten Gewebe mit später sichtbaren Ekchymosen, zuweilen weit entfernt vom verletzten Gelenk. **Prognose:** Relativ gut, wesentlich abhängig von der Behandlung. **Therapie:** Sorge für ungestörte Heilung der Kapselwunde, also jedenfalls Immobilisierung des Gelenks für 8—10 Tage; gleichzeitig Einreibungen, kühle Umschläge; sehr bald leichte Massage; unter keinen Umständen zu früher Gebrauch des Gliedes wegen Gefahr späterer Erschlaffung des Gelenkapparates, oder gar einer Deviation im Gelenk.

Leser.

**Vierte Krankheit** (Dukes-Filatow). **Ätiol.:** Krankheitserreger unbekannt. Inkubation 9—21 Tage. Keine Prodromalerscheinungen. **Sympt.:** Vierte Krankheit verhält sich zum Scharlach wie Röteln zu Masern, ähnelt also einem ganz leichten abortiven Scharlach. Der feinpunktierte, scharlachähnliche Ausschlag verbreitet sich in wenig Stunden über den ganzen Körper. Scharlachzunge fehlt. Mässige Schwellung der Hals- u. Nackendrüsen. Fieber gering. Ausschlag blasst rasch ab, leicht abschilfernde Schuppung in 1—2 Wochen, Ansteckungsgefahr in 2—3 Wochen beendet. **Therapie:** Bettruhe, Haut- u. Mundpflege, Diät.

Hasenknopf.

**Vorderhauptslage.** Grosse Fontanelle bleibt beim Eintreten des Kopfs tief u. nach vorn gerichtet stehen. **Ätiol.:** Dolichocephalie; plattes Becken; Schieflagen des Uterus; Geschwülste des kindlichen Halses. **Verlauf:** Bei kleinen Früchten (Gemelli) glatt; bei reifen Kindern infolge der grösseren Widerstände u. beschränkteren Flexionsmöglichkeit des Halses langwierig; Hinterhaupt dreht sich um Symphyse, an welche sich Glabella anstemmt, über den Damm; Gesicht erscheint unter Symphyse. Gefahr des Dammrisses. **Diagnose:** Finger fühlt grosse Fontanelle in Führungslinie; kleine Fontanelle nicht oder schwer erreichbar. **Therapie:** Wenn möglich, prophylaktische Wendung; sonst Korrektionsversuch durch Lagerung auf Seite der kleinen Fontanelle; wenn erfolglos, bei Indikation zur Geburtsbeendigung Forceps (grosse Fontanelle bleibt symphysewärts gerichtet!); bei totem Kind Perforation u. Kranioklasie; bei Erstgebärenden Episiotomie.

Kayser.

**Vorderscheitelbeineinstellung** (sog. Nägelesche Obliquität). **Sympt.:** Pfeilnaht verläuft in Nähe des Promontoriums; vorderes Scheitelbein liegt in grösster Ausdehnung vor; ev. ist vorderes Ohr zu fühlen; meist verbunden mit Tiefstand der grossen Fontanelle. **Ätiol.:** Plattes Becken\*. **Verlauf:** Im Gegensatz zur Hinterscheitelbeineinstellung\* günstigste Einstellung beim engen Becken, da bitemporaler Durchmesser kleiner als biparietal. Hinteres Scheitelbein wird am Pro-

monitorium vorbei in das Becken getrieben; Hinterhaupt dreht sich nach vorn.

Kayser.

**Vorhautödem.** Kommt vor bei Arzneiexanthenen (z. B. Antipyrin) oder lokalen Zirkulationsstörungen infolge entzündlicher Prozesse (sehr heftige Gonorrhoea acuta, Ulcus nahe der Glans, Balanitis). *Therapie:* Umschläge mit essigsaurer Tonerde; Beseitigung der ursächlichen Schädlichkeiten.

M. Joseph.

**Vorhofsnystagmus.** Der Nystagmus\*, stets konjugiert für beide Bulbi, geht mit einer rascheren Hälfte nach der Aussenseite der einen u. Innenseite der anderen Lidspalte, worauf langsamerer Rückgang der Bulbi. N. erfolgt normal auf mechanische, thermische, elektrische Reizung des horizontalen oder eines anderen Bogenganges, am leichtesten bei Trommelfeldefekten. Bläst man Luftstrom von Zimmertemperatur etwa mit einem Doppelballongebälde gegen innere Paukenwand, so tritt nach  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Minute horizontaler, manchmal auch rotatorischer N. ein, sobald man ohne Kopfbewegung nach der dem gereizten Ohre entgegengesetzten Seite möglichst weit lateral blicken lässt. Der N. wird sofort schwach oder verschwindet ganz, wenn man die Bulbi zurückwenden lässt. Heisse Luft erzeugt N. nach der gereizten Seite. Bei intaktem Trommelfell muss statt Luft Wasser (ca.  $25^{\circ}$  zur Prüfung auf Kalt-N., über  $40^{\circ}$  für Heiss-N.) verwendet werden. Dreht man den Gesunden auf einem Drehstuhl etwa 10mal ziemlich rasch im Kreise, so tritt nach dem Anhalten desselben N. auf, u. zwar beim Blick nach der Drehrichtung entgegengesetzten Seite (als Nach-N.). Bei entzündlicher Reizung des Bogengangslabyrinthes kann N. spontan, ohne äussere Einwirkung auftreten bei Richtung der Bulbi in die Endstellung, u. zwar nach der gesunden Seite. Bei Zerstörung des Bogengangsapparates auf Reizung kein N. Bei Bestehen einer Fistel in einem knöchernen Bogengang, die der Einwirkung des Luftdruckes vom äusseren Gehörgang her zugänglich ist, also in erster Reihe im horizontalen Bogengang, kann durch Anwendung von Luftdruck mittels eines Ballons N. ausgelöst werden, durch positiven Druck nach der erkrankten, gereizten, durch negativen (Saugen) nach der entgegengesetzten Seite (Fistelsymptom), solange Vestibularapparat erregbar. Mit N. meist (nicht immer) Schwindelgefühl bzw. Scheinbewegung der äusseren Objekte verbunden. *Diff.-Diagnose:* Bei Muskelschwäche des Bulbus ist der N. in beiden Bewegungsschenkeln gleichmässig, oscillierend. Bei Kleinhirnaffektionen schlägt der N. nicht nach der gesunden, sondern nach beiden oder mehr nach der kranken Seite; ferner müssen hierbei Ohrerkrankungen ausgeschlossen werden.

Bloch.

**Vulvahypertrophie, lymphatische.** Syn. Pseudo-Elephantiasis vulvae. Clitoris, grosse Schamlippen in grosse höckerige, knollige Geschwülste umgewandelt, die sich bis zum Anus erstrecken u. als blumenkohlartige Geschwülste auf die Oberschenkel herabhängen können. Oberflächliche Schichten können geschwürig zerfallen. *Sympt.:* Schmerzen, Ausfluss. *Therapie:* Operative Entfernung der elephantiasischen Knollen.

Fromme.

**Vulvitis.** *Ätiol.:* Kleine Verletzungen nach Traumen, zu denen infolge Unreinlichkeit Infektion tritt. Aus der Scheide abfliessende infektiöse Flüssigkeiten (gonorrhoeische Scheiden- u. Cervixkatarrhe, Ausfluss bei Vaginitis, bedingt durch Pessarieren, bei Carcinomen des Uterus, Urin fisteln, in der Gravidität bei Unsauberkeit usw.). *Sympt.:* Rötung u. Schwellung der Haut der Vulva, Maceration des Epithels, stärkere Feuchtigkeit der umgebenden Hautschichten, Jucken u. Schmerzen. *Therapie:* Von oben kommende reizende Ausflüsse müssen bekämpft werden. Reichliche Scheidenspülungen mit Soda-lösung (1 Esslöffel auf 1 l Wasser), mit Sublimat 1:2000, mit rohem Holzessig (2 Esslöffel auf 1 l Wasser), mit Aluminium aceticum (2:1000) usw. Einlegen von trockner Watte in die Rima pudendi, Streupuder (Pulvis exsiccans usw.), warme Sitzbäder abends, ev. unter Zusatz von Soda.

Fromme.

**Wadenkrämpfe.** Tonische, im Gegensatz zu anderen Krämpfen meist schmerzhaft Crampi von kürzerer oder längerer Dauer, meist der gesamten Wadenmuskeln, oft auch einzelne Sohlenmuskeln betreffend. *Ätiol.:* Häufig bei Überanstrengung (Treppensteigen, Märsche), sowie bei nervöser Stase, die sich meist durch Varicen ankündigt (Schwangerschaft, Thrombose, Kompression durch Strumpfbänder); ferner bei Alkoholismus, bei Wasserverarmung des Körpers (Cholera, schwere Diarrhöen), Diabetes, Bleivergiftung. Auch öfters bei Neuropathen. Ausser dem Krampf selbst u. der Plantarflexion von Fuss u. Zehen sowie Schmerzen (u. manchmal Parästhesien) keine Symptome. *Therapie:* Priessnitz, Einreibungen, (Chloroformöl, Linimente), Massage (bei möglicher Thrombose vorsichtig, sonst möglichst kräftig!); Versuch energischer, langsamer passiver Dorsalflexion des Fusses. Ev. Faradisation.

S. Schoenborn.

**Wismutvergiftung.** Von Wunden aus u. bei grossen innerl. Gaben (da es sich bei Bi. subnit. vielleicht um eine Nitritvergiftung handelt, wird jetzt für Röntgenuntersuchung von Magen-Darm Bi. carbon. empfohlen). *Sympt.:* Stomatitis, Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Magen-Darmgeschwüre, Nephritis, ev. auch Krämpfe, Lähmungen, Dyspnoe. *Therapie:*

Diaphoretica u. Diuretica. Sirupus Ferri oxydati, esslöffelweise.  
Behandlung der Stomatitis. Guttman.

**Wehenanomalien.** Wehenschwäche, zu starke Wehen, Krampfwehen.

**Wehenschwäche.** Langsamer Geburtsverlauf infolge ungenügender Tätigkeit der Uterusmuskulatur, primär in der Eröffnungsperiode, sekundär in der Austreibungsperiode. **Ätiol.:** a) Primär: schlechte Ernährung; angeborene mangelhafte Entwicklung der Muskulatur, alte Ip., Metritis u. Endometritis chronica; starke Dehnung der Muskulatur (Zwillinge, Hydramnion); geringe Reizbarkeit bzw. gestörte Innervation (übermässige Füllung von Blase u. Darm); Uterusmyome, Ovarialtumoren; konstitutionelle Erkrankungen; psychische Erkrankungen. b) Sekundär: Ermüdung des Uterus infolge abnormer Hindernisse (cf. S. 190); abnorme Einstellung und Grösse des kindlichen Kopfs; fehlerhafte Kindslagen. **Prognose:** Bei gesprungener Blase Gefahr für Mutter durch Sepsis, für Kind infolge Verkleinerung der Placentarhaftfläche; atonische Blutungen (cf. Uterusatonie). **Therapie:** a) bei primärer Wehenschwäche u. stehender Blase ermunternder Zuspruch, Aufstehen. Herumgehen im Zimmer, ev. Hochbinden des Hängebauchs. Katheterisieren. Glycerinklysmata. Künstliche Blasensprengung (während einer Wehe!) nur, wenn Cervix völlig entfaltet u. W. Folge übermässiger Ausdehnung des Uterus. b) bei gesprungener Blase u. Indikation zur Geburtsbeendigung: Heisse Scheidendouchen (45° C; 1 m Fallhöhe) in 2—3 stündigen Intervallen. Heisse Umschläge. Reiben des Uterus; Expression. Zugfester Metreurynter (Champetier de Ribes), ev. gering belastet. Chinin sulf. (3 × stdl. 0,5); 100 g Zucker in heissem Kaffee (cave Ergotin!); wenn möglich, Beckenausgangszange.

**Zu starke Wehen.** Unablässig in kurzen Pausen erfolgende oder schmerzhaftes Wehen. **Ätiol.:** Oft unklar; Überreizung des Uterus (vorausgegangene stärkere Körperanstrengungen; unrationell gereichte Dosen Secale); gemüthliche Erregung (z. B. bei heimlich Gebärenden). **Sympt.:** Die Schwangere (zumeist die mit Geburtsarbeit unbekannte Ip.) wird auf Strasse, Abort usw. von Geburt überrascht (Partus præcipitatus, Sturzgeburt). Folge: Atonie, Cervix- u. Dammriss; Uterusinversion; Ohnmachten; Asphyxie des Kindes infolge anhaltender Verkleinerung der Placentarhaftfläche; Schädelfrakturen; Verblutung aus durchrissener Nabelschnur. **Komplik.:** Bei Mutter: Fraktur des Sternums; infolge Kontinuitätstrennung im Kehlkopf subcutanes Emphysem. **Therapie:** Bettruhe; zur Ausschaltung der Bauchpresse Seitenlage u. Aufforderung schnell zu atmen; auf verlangsamt Kopfaustritt hinwirken. Ev. leichte Chloroform-

narkose. Sorgliche Überwachung der Nachgeburtsperiode. Bei „Gassengeburten“ nachträgliche Desinfektion.

**Krampfwehen.** Uterusmuskulatur befindet sich in dauernder Contraction, allgemein oder partiell (am häufigsten am Gebärmutterhals: Sphincterenkrampf). *Ätiol.:* Wie bei zu starken Wehen (s. o.); ausserdem: häufige Untersuchung; wiederholte Entbindungsversuche (hier bes. häufig Sphincterenkrampf); frühzeitiger Blasensprung; jauchige Zersetzung des Uterusinhalts. *Sympt.:* Beim allgemeinen Krampf: Uterus hart, gespannt, schmerzhaft, kein Kontraktionsring; heftiges Druckgefühl, Kreuzschmerzen, Angstgefühl, ev. Temperaturerhöhung, kleinr fliegender Puls. Beim partiellen Krampf: äusserer Muttermund fest kontrahiert, Muttermundsränder bleiben in Wehenpause scharf gespannt, Tenesmus der Blase u. des Mastdarms (in der Eröffnungsperiode); starrer den nachfolgenden Kopf fest umschnürender Muskelwulst, Sanduhrform des Uterus (in der Austreibungsperiode). *Therapie:* 15—20 Tropfen Opiumtinktur im Klysma; ½ stündige warme (38° C) Vollbäder. Bei Indikation zur Geburtsbeendigung tiefe Chloroformnarkose ev. mit Morphium. Bei Placentarlösung darf Hand erst nach Lösung des Krampfs in Narkose eingeführt werden. Kayser.

**Wutkrankheit.** *Ätiol.:* Wutgift unbekannt, enthalten im Centralnervensystem (bes. Med. oblong.), wo „Negrische Körperchen“ (Protozoen?); konstant auch im Speichel. Übertragung durch Biss wutkranker Tiere (bes. Hunde, seltener Katzen, Wölfe, Füchse u. a. Säuger). *Sympt.:* Nach oder schon während der Inkubation (15—60 Tage, seltener länger, bis zu 2 Jahren) Parästhesien im Bereich der Wunde, Allgemeinbefindenstörungen, psychische Depression bis zur schwersten Melancholie (Selbstmord!), Unruhe, Angstgefühl. Diese Prodromalerscheinungen auch fehlend. Dann 1—3 tages Excitationsstadium: Allmählich sich steigernde Hyperästhesie der Haut- u. Sinnesorgane, Fieber (39°—40°), starke Dyspnoe (unregelmässige, von tiefen Seufzern unterbrochene Atmung, ev. bellende Expiration). Inspirationskrämpfe mit Erstickungsangst. Bei jedem Versuch zu schlucken, namentl. zu trinken, ev. schon durch das Denken daran u. geringste sensorische Reize (z. B. Anblasen) heftigste Schlundkrämpfe, so dass Patient trotz quälenden Durstes aufs Trinken verzichtet („Hydrophobie“, Wasserscheu). Klonisch-tonische Krämpfe der verschiedensten Muskeln. Steigerung der Reflexe u. mechanischen Muskeleerregbarkeit. Speichelfluss, vermehrte Tränen- u. Schweissabsonderung, Erregungszustände (Delirien, Halluzinationen, Wutanfälle mit Beissbewegungen, heiserer Stimme, ev. bellenden Tönen). Bald Exitus, ev. im Anfall. Meist vorher noch kurzes Stadium paralyticum: allgemeine Muskellähmung, wobei subjektive Beschwerden etwas geringer,

da Schluck- u. Atmungskrämpfe nachlassen. Sensorium meist frei. Im Gegensatz zu dieser rasenden Wut treten bei der stillen W. (selten; bei ausgedehnten Bissverletzungen) bald Lähmungen in den Vordergrund. **Prognose:** Bei ausgebrochener Krankheit absolut infaust, bei rechtzeitiger Impfung ziemlich günstig. Sehr ausgedehnte Bisswunden u. Verletzungen am Kopf bedenklich. **Diff.-Diagnose:** Bei Lyssophobie manche ähnliche Erscheinungen; aber frühes Auftreten, Fehlen wichtiger Symptome, andere Zeichen von Hysterie u. Neurasthenie, Erfolg psychischer Behandlung. Bei Tetanus hydrophobicus Erscheinungen 3—10 Tage nach Verletzung, dauernde Muskelspannungen, Trismus, Fehlen der eigentümlichen psychischen Störungen. Bei Epilepsie Bewusstlosigkeit. Bei Delirium tremens Halluzinationen u. Aufregungszustände im Vordergrund. **Therapie:** Sofortige Vernichtung des Giftes in der Wunde versuchen durch Desinfektion (1‰ Sublimat usw.), Ätzung (Glüheisen, konz. Carbonsäure usw.), ev. Excision. Möglichst früh Schutzimpfung nach Pasteur mit getrocknetem Rückenmark wutkranker Kaninchen, ev. als Emulsion, allmählich an Virulenz zunehmend, 14—30 Tage lang (in Deutschland Berliner Institut f. Infektionskrankheiten, in Österreich Wiener Rudolphspital). Nach Ausbruch der W. nur symptomatisch; ruhiges, dunkles Zimmer, Überwachung während der Anfälle, Nährklysmen (Rp. 211), reichlich Narkotica (Rp. 111, 131, 137, 138), ev. Narkose. Gutmänn.

**Xanthoma. Sympt.:** Kleine, zitronengelbe, scharf begrenzte Geschwülste, flach in der Haut liegend (*X. planum*), oder als erbsen- bis walnussgrosse Knoten über dieselbe hervorragend (*X. tuberosum*). Erste Form bes. an den Augenlidern u. am Canthus int. u. in Form eines Kranzes von linsen- bis bohnen grossen, runden oder ovulären, orange- bis safrangelben Geschwülsten. *X. tuberosum* mehr am Stamme (Ellenbogen, Kniee, Handteller, Fusssohlen). Zuweilen auch Beteiligung der Schleimhäute. Mitunter im Anschluss an Diabetes (*X. diabeticum*), andere Male an Ikterus oder Nephritis; meist werden aber ganz gesunde Menschen betroffen. **Therapie:** Excision, Elektrolyse, 10% Sublimatkollodium. Zuweilen spontane Rückbildung. M. Joseph.

**Xeroderma pigmentosum. Sympt.:** In frühester Kindheit entstehen zuerst an den unbedeckten Körperstellen, später auf dem grössten Teile des übrigen Körpers zahlreiche dunkelbraune bis schwarze Pigmentflächen von der Grösse von Ephe- liden; dazwischen rote Flecke, sodass die Haut scheckig aussieht. Bald wird die Haut zwischen den Pigmentflecken atrophisch, der Mund verengt, die Augen ektropioniert, dazu treten

Ekzeme u. Rhagaden. Aus den braunen Pigmentflecken werden warzenähnliche, später zerfallende Knötchen malignen Charakters (Mischformen von Sarkomen u. Carcinomen), und es erfolgt Exitus. **Therapie:** Arsen (Rp. 21 ff.) u. chirurgische Behandlung, Versuch mit Röntgentherapie. M. Joseph.

**Xerostomie.** Abnorme Trockenheit des Mundes infolge verminderter Sekretion der Mund- (bes. Speichel-)Drüsen. **Ätiol.:** Senium, Marasmus, hohes Fieber. Grosse Wasserverluste des Körpers bei vermehrter Diurese (Diabetes, Schrumpfniere), profusen Schweissen u. Diarrhöen (bes. Cholera), Erbrechen, Blutverlusten. Facialis- u. Sympathicuslähmungen. Atropin- u. Fleischvergiftung. Hysterie u. Hypochondrie. Doppelseitige Entzündung der Parotis bzw. Verschluss des Ausführungsgangs. **Sympt. u. Komplik.:** Trockenheit in Mund u. Rachen, quälender Durst, Erschwerung des Sprechens, Kauens, Schluckens, Schmeckens. Rhagaden u. entzündliche Prozesse aller Art (Stomatitis, Salpingitis, Otitis media usw.). Säurebildung u. Fäulnis in der Mundhöhle, Foetor, Zahncaries. Diese Symptome bes. ausgeprägt bei der durch Schreck entstandenen Lähmung der Speichelsekretion (X. im engeren Sinne), bei der es auch zu starker Kachexie u. ev. Exitus kommen kann. **Therapie:** Behandlung des Grundleidens! Bei Fieberkranken feuchte Stubenluft (Sprays usw.), öfteres Trinken, ev. feuchtes Gazeläppchen auf den Mund. Bestreichen der Lippen mit Lippenpomade, Coldcream usw.; Pinseln der ganzen Mundhöhle mit Glycerin u. Aq. Menthae piperit.  $\text{sa}$ . Zur Anregung der Speichelsekretion bittere oder scharfe Mundwässer (Tinct. Myrrhae, Capsici, Spilanthis comp. usw., 1 Teelöffel auf 1 Glas Wasser); Kauen von Kalmus, Ingwer, Kautschauk- oder Sahirtabletten. In schwersten Fällen auch Pilocarpin, subcutan (Rp. 64) oder innerlich 0,005—0,02. Guttman.

**Zahnfisteln.** Fisteln an der Wangenhaut oder häufiger am unteren Rand des Unterkiefers, Kinn- oder Unterkieferwinkel. **Ätiol.:** Chronische Zahnwurzelhautentzündungen, indem entzündlicher Prozess sich unter Übergreifen auf Gingiva, Wangenschleimhaut, Wangenhaut allmählich nach aussen ausbreitet. **Sympt.:** Stecknadelkopfgrosse, narbig eingezogene Fistel an genannten Stellen. Derber Strang leitet auf erkrankten Zahn. Manchmal stösst Sonde auf rauhen Knochen oder führt direkt in die Wurzelhöhle. **Therapie:** Extraktion des schuldigen Zahnes oder, wenn möglich, konservative Wurzelkanalbehandlung u. Wurzelspitzenresektion durch Zahnarzt. Äussere Fistel nach Zahnbehandlung excochleieren. Kaposi.

**Zahnfleischblutungen.** **Ätiol.:** Hämophilie, Leukämie, perniciose Anämie, Skorbut, Purpura haemorrhagica, Ikterus

gravis. Die Blutung als Symptom tritt hinter Allgemeinleiden meist zurück. Bei Ikterus u. Skorbut Zahnfleisch ev. schwer ulceriert. Durch anhaltende Blutung Schwächung des Organismus. **Therapie:** Nach Partsch Spülen mit kaltem Wasser, dem adstringierende Flüssigkeit,  $\frac{1}{2}$ %ige essigsäure Tonerde, Wasserstoffsuperoxyd, Perhydrol zugesetzt ist. Kein Eisenchlorid. Jodoformgazetamponade. — Blutungen nach Extraktionen s. S. 72. Kaposi.

**Zahnschmerzen. Ätiol.:** Am häufigsten Zahncaries, die allmählich zu Pulpitis acuta u. chronisch ferner zu Periodontis acuta mit Alveolarabscess, gingivalem Abscess u. Parulis\* führt. **Sympt.:** Heftigste längs der Trigeminusäste ausstrahlende Schmerzen, Empfindlichkeit des Zahnes gegen Kälte u. Wärme, gegen süsse Speisen. Feststellung des erkrankten Zahnes oft sehr schwierig. Diagnose u. Therapie am besten Zahnarzt überlassen, der auch über Extraktion oder Erhaltungsmöglichkeit des Zahnes zu entscheiden hat. Palliativ Watte in den Zahn, die mit 1% iger Cocain- oder 3—5% iger Carbolsäure getränkt. Kaposi.

**Zinkvergiftung.** Bes. durch Chlorzink. Selten durch Nahrungsmittel, die aus Zinkgefässen Zink aufgenommen. Auch gewerblich durch Zinkdämpfe. **Sympt.:** Verätzung der Speisewege (Chlorzink), Erbrechen weisslicher, später blutiger Massen, Durchfälle, Krämpfe, Kollaps. Bei gewerblicher Inhalationsvergiftung („Zink“- oder „Giessfieber“, „Gelbgiesserkrankheit“) anfallsweise Kopf- u. Rückenschmerzen, Fieber mit Schüttelfrösten, Husten, Speichelfluss; manchmal auch tabesartige Erscheinungen. Bei chron. Vergiftung auch Nephritis, Kachexie. **Therapie:** Magenspülung mit Tannin (2%). Innerl. Rp. Natr. carbon. 5,0, Sacchari 15,0. Decoct. Salep ad 200,0, stül. 1 Essl.; ferner Eiweiss, Milch, Opium (Rp. 8 a), ev. Excitantien. In chron. Fällen Jodkali. Guttman.

### Zungenentzündung.

• **Glossitis acuta.** Leichten Grades als Begleiterscheinung der Stomatitis\* u. wie diese zu behandeln.

**Glossitis profunda.** Schweres, oft rasch tödliches Leiden. **Ätiol.:** Schwere Infektion mit Eiterkokken, auch anderen Bakterien nach Insektenstichen, Schlangenbissen. **Sympt.:** Sehr rasch zunehmende, enorme Schwellung der Zunge, unter hohem Fieber oder Schüttelfrost. Die riesige Zunge, die aus dem Munde hervorquillt, u. collaterales entzündliches Oedem verlegen Atemwege, so dass Erstickungsgefahr. Ev. Abscedierung bzw. Gangrän grosser Stücke der Zunge. **Therapie:** Eisstückchen schlucken. Pinselungen mit Jodtinktur. Injektionen von Car-



bolsäure. Frühzeitige grosse Längsincisionen in die Zunge. Wenn nötig, Tracheotomie.

**G. chronica.** In Form des chronischen Zungenabscesses. Unter Schmerzlosigkeit u. ohne Fieber in 1–2 Wochen umschriebene Schwellung in der Zunge. Nach Incision Eiterentleerung, Heilung. *Ätiol.:* Mitunter Fremdkörper oder andere unbeachtet gebliebene Infektion. Kaposi.

### Zungengeschwülste.

**Gutartige.** Fibrome, Lipome selten; häufiger Papillome, bes. der Papilla foliata an Aussenseite der Zunge. *Therapie:* Exstirpation, Naht.

**Bösartige.** Am häufigsten Carcinom. *Ätiol.:* Unbekannt, Vorstufe nicht zu selten Leukoplakia linguae, traumatische, chronische Geschwüre infolge scharfer Zahnreste oder Zahnstein. *Sympt.:* Anfangs kleiner Knoten bzw. Geschwür, sich rasch vergrößernd, hart, leicht blutend, sehr schmerzhaft. Lymphdrüsen am Hals bald befallen. *Diff.-Diagnose:* S. Zungengeschwüre. *Therapie:* Nur frühzeitig radikalste Exstirpation oder Amputation der Zunge mit Entfernung aller Drüsen zu beiden Seiten am Unterkiefer u. Hals. Kaposi.

**Zungengeschwüre.** *Ätiol.:* Zahnstein, scharfe Zahnkanten, Stomatitis, Aphthen, Syphilis, Tuberkulose, Aktinomykose. *Diff.-Diagnose:* Syphilitische Primäraffekte, mit derben harten Rändern, speckigem Grund, zerfallene Gummata. In der Anamnese Syphilis. Tuberkulöse Z. oberflächlich, meist multipel, mit unterminierten Rändern, schlaffen Granulationen, dünnen Eiter absondernd, ausserordentlich schmerzhaft. Fast immer sekundär. Sehr selten Aktinomykose unter dem Bild eines chronischen Zungenabscesses; im Eiter Aktinomyces-Drüsen. *Therapie:* Bei traumatischen Z. Zahnextraktion, Glättung der Kanten, Mundpflege. Bei syphilitischen spezifische Kur. Bei tuberkulösen Behandlung des primären Herdes. Oft alle Therapie vergeblich. Kleine Ulcera kann man excidieren u. nähen oder mit Thermokauter verschorfen. Sonst allgemeine Mundpflege. Gegen die Schmerzen hilft manchmal Anästhesinpulver (Rp. 4, 6). Aktinomykotische Herde am besten wie Carcinome excidiert u. genäht.

Kaposi.

**Zungenverletzungen.** Am häufigsten selbst zugefügte Bisswunden, dann Schnittwunden. Kleine Wunden heilen ohne jede Therapie, grössere müssen genäht werden. Bei schweren Blutungen Ligatur in loco oder Umschnürung, ev. Unterbindung der Art. lingualis. Sorgfältige Mundpflege. Zungenwunden heilen sehr rasch. Eingedrungene Fremdkörper sind zu entfernen. Nach maschinellen Verletzungen oder Schüssen

in den Mund mit ausgedehnten Zerreibungen Gefahr akuter Zungenentzündung\*, ebenso nach Insektenstichen. Die entzündliche Schwellung der Zunge erfordert rasch ausgiebige Incisionen, um der Erstickungsgefahr vorzubeugen. Kaposi.

**Zwangszustände.** Vorstellungen u. Urteile, welche sich dem Kranken immer wieder aufdrängen u., obwohl als unrichtig erkannt, sein normales Denken durchkreuzen u. sein Handeln beeinflussen. Cf. Phobien. *Ätiol.:* Fast nur auf dem Boden psychopathischer Belastung, meist einer hereditären degenerativen Anlage, gelegentlich auch bei Erschöpfung. *Sympt. u. Verlauf:* Plötzlich u. unvermittelt auftretende Vorstellung eines ev. eintretenden Ereignisses einer vorzunehmenden Handlung. Beim Versuch die Vorstellung zu verdrängen Angst, die erst verschwindet, wenn eine entsprechende Handlung ausgeführt ist (Satisfaction complète). Gelegentlich beherrscht die Zwangsvorstellung das gesamte Denken des Kranken so, dass das Bild einer Psychose zustande kommt. *Diagnose:* Nachweis der degenerativen Grundlage, der Angst vor u. der Erleichterung nach Ausführung der Zwangshandlung. *Therapie:* Suggestivbehandlung, systematische psychische Erziehung. In sehr schweren Fällen nur in der Anstalt zu erreichen. Gelegentl. Hebung körperlicher Schwächezustände (Anämie, Erschöpfung).

L. W. Weber.

**Zwerchfellkrampf.** Tonischer Z. äusserst selten (Tetanus), dann unmittelbar lebensbedrohend. Nicht ganz selten, inkomplett, bei Hysterie. *Sympt.:* Epigastrium vorgewölbt, Tiefstand der Lungengrenzen, Atmung beschleunigt, dyspnoisch. Schmerzen im Epigastrium, grosse Atemnot. *Therapie:* Faradisation, Anodengalvanisation des Phrenicus, heisses Bad mit kühler Übergiessung, Morphin, Chloroformnarkose. — Klonscher Z. cf. Singultus.

S. Schoenborn.

**Zwerchfelllähmung.** *Ätiol.:* Die Lähmung des Phrenicus ist selten, meist durch Meningitis (bes. syphilitica) u. Tumoren (auch Frakturen, Luxationen der Wirbelsäule) mit Verletzung der 3.—5. Cervicalwurzel; seltener am Halse Tumoren, Verletzungen (des Phrenicus). Bisweilen toxisch (dann meist doppelseitig, Alkohol, Diphtherie). *Sympt.:* Ungenügende Zwerchfellcontraction, Leber usw. steigen nicht bei In-, sondern eher bei Expiration herab. Bei jeder stärkeren Atmung (bes. Bronchitis!) schwere Dyspnoe. Röntgendurchleuchtung! — Bei einseitiger Zwerchfelllähmung nur geringe Störungen; ev. einseitiges Fehlen des Litten schen Zwerchfellphänomens. *Diff.-Diagnose:* Bei exakter Beobachtung meist leicht. Vorkommen einer (nicht nur scheinbaren) hysterischen Z. zweifelhaft. *Prognose:* Bei doppelseitiger neuritischer Z. infaust, sonst meist gut. *Therapie:*

Ursächlich. Daneben Ableitungen auf die Haut (Sinapismen usw.), Galvanisation des Phrenicus, Strychnin (Rp. 152).

S. Schoenborn.

**Zwillingsgeburten.** Zweieiige u. eineiige (mit Bildung von 2 Keimanlagen) Zwillinge; eineiige Z. stets einen Geschlechts. **Ätiol.:** Erbllichkeit, die zumeist auf weibliche Nachkommenchaft übertragen wird; Überschwängerung (Superfoecundatio = gleichzeitige Befruchtung zweier Eier) möglich; Überfruchtung (Superfoetatio = wiederholte Befruchtung bei in Entwicklung begriffenem Fötus) unwahrscheinlich. **Verlauf:** In Schwangerschaft frühzeitiger Druck auf Blase u. Darm; mitunter Oedeme, Varicen, Nephritis, Eklampsie. Herz eines Zwillinges verodet mitunter (Acardiacus). In  $\frac{1}{4}$  der Fälle frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft. Im Geburtsbeginn infolge starker Uterusausdehnung häufig Wehenschwäche. Häufig pathologische Lagen (Beckenend-, Quer-, Deflexionslagen), Vorfälle kleiner Teile u. Nabelschnurvorfälle (nur bei grösseren Früchten von Bedeutung). Erhöhte Infektionsgefahr der Mutter. Störungen der Placentarperiode (cf. Uterusatonie), **Diagnose:** Verdächtig: Anamnese (Heredität), übermässige Ausdehnung des Leibes; mediane Furche; gleichzeitige Kindsbewegungen an verschiedenen Teilen. Sicher: Nachweis 2er Köpfe oder mehrerer grosser Teile, die einer Frucht nicht angehören können. Kindliche Herztöne verschiedener Frequenz an verschiedenen Stellen des Leibes (2 Beobachter!) **Therapie:** Zunächst Geburt des ersten Kinds abwarten. Bei primärer Wehenschwäche Behandlung dieser (cf. S. 617). Placentares Nabelschnurende fest unterbinden! Bei regelrechter Lage u. gutem Befinden des Kindes (Auskultation!) expectatives Verhalten; sonst operative Entbindung. Sorgliche Überwachung des Uterus, auch nach Geburt der Placenta.

Kayser.

# Rezeptanhang<sup>1)</sup>.

## Anaesthetica.

(Vergl. auch Narcotica und Antineuralgica.)

1. *Rp. Cocaini hydrochlor. 0,1. Aq. Amygdal. amar. ad 10,0. S. mehrmals tägl. 10—15 Tropfen auf Zucker.*
2. *Rp. Cocaini hydrochlor. 0,03—0,05. Butyri Cacao q. s. ad Suppositorium.*
3. *Rp. Beta-Eucaini 1,0. (Mentholi 0,2.) Ol. Olivarum 2,0. Lanolini ad 10,0. S. äusserlich.*
4. *R. Anaesthesin Dermatoli, (Talci)  $\widehat{a}a$  10,0. S. Streupulver.*
5. *Rp. Anaesthesin 0,25—0,5. D. Nr. X. S. 1 $\times$  tägl. 1 Pulver vor der Mahlzeit.*
6. *Rp. Orthoform-Neu, Amyli  $\widehat{a}a$  10,0. S. Streupulver.*

## Antidiarrhoica.

(Vergl. Art. Diarrhoe.)

7. *Rp. Opii pulv. 0,3. Pulv. et Succu Liquirit. q. s. ad pilul. Nr. XXX. S. 1 mal tägl. 1—2 Pillen. (1 Pille = 0,01 Opium.)*
8. *Rp. Tinct. Opii spl., Tinct. Valerianae aether., Tinct. aromat.  $\widehat{a}a$  10,0. Ol. Menthae piperit. 1,0. S. stündl. 15—30 Tropfen. („Haucks Choleratropfen“.)*
- 8a. *Rp. Tinct. Opii spl. 2,0. Mixt. gummos. 150,0. S. stündl. 1 Essl.*
9. *Rp. Tinct. Opii spl. gtt. V—X. Mucilag. Amyli 5,0 : 150,0. S. zum Klysm.*
10. *Rp. Opii puri 0,02—0,05. Butyri Cacao q. s. ut f. Suppositor. D. Nr. X. S. 2 mal. tägl. 1 Zäpfchen einführen.*
11. *Rp. Acid. tannici 0,05—0,1 (Opii puri 0,01—0,02). Sacchar. 0,5. D. Nr. X. S. 2—1 stündl. 1 Pulver.*
12. *Rp. Acid. tannici 10,0—10,0. Gummi arab. 50,0. Tinct. Opii spl. 1,5. Aq. dest. 2000,0. S. zu Klystieren. (Auf 38° erwärmen.)*
13. *Rp. Tannalini (oder Tannigeni) 0,5—1,0. D. Nr. X. S. mehrmals tägl. 1 Pulver. Ev. Zusatz von Opii puri 0,01—0,02.*

<sup>1)</sup> Um Wiederholungen zu vermeiden, sind hier einige bewährte Rezepte nach ihren Wirkungen geordnet, zusammengestellt, die bei verschiedenen Krankheitszuständen zur Anwendung kommen. Weitere Rezepte finden sich im Texte an den einschlägigen Stellen. (F. M. B. = Formulae Magistrales Berolinenses.)

14. *Rp. Mucilag. Gummi arab., Sirup. spl. āā 20,0. Aq. dest. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl.* („Mixture gummosa“ F. M. B.) Ev. Zusatz von *Tinct. Opii spl. 1,0—2,0.*
15. *Rp. Bismuti subnitrici 1,0. Mixt. gummos. ad 100,0. S. nach Umschütteln 2 stündl. 1 Tee- oder Kinderlöffel.*
16. *Rp. Bismuti subnitrici 0,1—1,0. Opii puri 0,01—0,02. Sacch. 0,5. D. Nr. X. S. 1 mal tägl. 1 Pulver.*
17. *Rp. Kreosoti gtt. II. Sirup. Althaeae 15,0. Mucilag. Salep ad 100,0. S. 2 stündl. 1 Teelöffel* (Kinder unter 2 Jahren  $\frac{1}{2}$  Teelöffel).
18. *Rp. Tinct. Strychni 2,0. Tinct. Opii spl. 3,0. Tinct. Cascariillae 10,0. S. 3 mal tägl. 15 Tropfen.* („Tinctura antidiarrhoica“ F. M. B.)
19. *Rp. Decoct. Rad. Colombo 10,0:150,0. (Tinct. Opii spl. 2,0.) Sirup. gummosi 10,0. S. 2 stündl. 1 Essl.*
20. *Rp. Decoct. Rad. Ratanhiae 10,0:180,0. Tinct. Opii spl. 2,0. Sirup. spl. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl.*

### Antidyskrasica.

21. *Rp. Liq. Kalii arsenicosi 5,0. Tinct. Ferri pomatae* (oder *Tinct. Chinae comp.* oder *Aq. Menthae pipcrit.*) *10,0. S. 3 mal tägl. 5 Tropfen in Wasser  $\frac{1}{2}$  Stunde nach den Mahlzeiten.* Allmählich steigen bis 3 mal tägl. 12 Tropfen.
- 21a. *Rp. Sol. Acid. arsenicosi 0,25:50,0. S. 3 × tgl. 3—7 Tropfen in einem Weinglase Wasser nach dem Essen.*
22. *Rp. Liq. Kalii arsenicosi rec. parati 5,0. Aq. dest. 10,0. S. zur subkut. Injektion.* Zuerst 3 Teilstriche einer Pravazspritze; allmählich steigen auf 1 ganze Spritze.
- 22a. *Rp. Natrii arsenicosi 0,1. Coque c. Aqua bis dest. 10,0. S. 3 × wöchentl. 1 Pravazspritze.*
23. *Rp. Acid. arsenicosi 0,05. Piperis nigri pulv. 1,5. Rad. Liquirit. pulv. 1,0 Mucilag. Gummi arab. q. s. ad pilul. Nr. L. S. 3 mal tägl. 1 Pille nach dem Essen.* Allmählich steigen bis 3 mal tägl. 5 Pillen. („Pilulae asiaticae“ F. M. B. 1 Pille = 0,001 Acid. arsenicosum.)
24. *Rp. Ferri reducti 3,0. Acid. arsenicosi 0,05. Piperis nigri, Rad. Liquirit. āā 1,5. Mucilag. Gummi arab. q. s. ad pilul. Nr. L. S. 3 mal tägl. 2 Pillen.* („Pilulae Ferri arsenicosi“ F. M. B. 1 Pille = 0,001 Acid. arsenicosum.)
25. *Rp. Atoryli 2,0. Aq. dest. 8,0. S. zur subkutanen Injektion.* Vor Gebrauch anwärmen. Beginnen mit 2 Teilstrichen (= 0,04 Atoxyl) der Pravazspritze, nach je 2 Tagen um 2 Teilstriche steigen bis zu einer ganzen Spritze; diese Dosis beibehalten.
26. *Rp. Arrhénal (= Metharsinat) (Clin) 0,01. D. 1 Originalflacon. S. 2—5 Pillen tägl.*
27. *Rp. Sol. Kalii jodati 5,0—10,0:100,0. S. 3 mal tägl. 1 Essl. in etwas Milch.*
28. *Rp. Sajodini 0,5. D. in Originalröhrchen zu 20 Tabletten. S. 3 mal tägl. 1—2 Tabletten nach dem Essen.*
29. *Rp. Tablett. Jodipini (25%) 0,2. D. 1 Originalschachtel zu 50 Stück. S. 1 mal tägl. 1—2 Tabletten in heißer Milch.*
30. *Rp. Jodipini (25%) 100,0. S. zur subcut. Injektion* (in die Gluteaal- gegend). Mehrmals wöchentlich 5—20 ccm. Vorher anwärmen.

31. *Rp. Hydrargyri bichlorati corrosivi 0,25. Boli albae pulv. 5,0. Ung. Glycerini q. s. ad pilul. Nr. L. S. 1mal tägl. 1 Pille (à 0,005 Sublimat) („Pilulae Hydrargyri bichlorati“ F. M. B.).*
32. *Rp. Hydrargyri jodati flavi 1,5. Opii pulv. 0,5. Pulv. et Succ. Liquirit. q. s. ad pilul. Nr. L. S. 1mal tägl. 1 Pille (à 0,03 Hydrarg. jodat.). („Pilulae Hydrargyri jodati flavi“ F. M. B.)*
33. *Rp. Mergal. D. in Originalschachtel zu 50 Gelatinekapseln. S. 1—6 Kapseln täglich.*
34. *Rp. Ung. Hydrarg. cinerei 1,0—8,0. D. in globulis. S. nach Vorschrift.*
35. *Rp. Hydrargyri bichlorati corrosivi 0,1. Natrïi chlorati 1,0. Aq. dest. ad 10,0. S. zur subcut. Injektion.*
36. *Rp. Hydrargyri salicylici 1,0. Paraffini liquidi ad 10,0. Misce, tere exactissime. S. Vor Gebrauch umschütteln. Wöchentl. 1 Pravaz-Spritze.*

### Antineuralgica, Antirheumatica, Antipyretica.

(Vergl. auch Anaesthetica, Narkotica).

37. *Rp. Antipyrini (= Pyrazolon. phenyldimethyl.) 0,5—1,0. — Aspirin (= Acid. acetylo-salicyl.) 0,5—1,0. — Chinini hydrochlor. 0,5—2,0. — Lactophenin 0,5—1,0. — Natrïi salicyl. 1,0—2,0. — Phenacetini 0,25—0,5. — Pyramidon 0,3—0,5. — Salipyrin (= Pyrazolon. phenyldimethyl. salicyl.) 0,5—2,0.*
38. *Rp. Natrïi salicylici 10,0. Tinct. Aurantii 5,0. Aq. dest. ad 200,0. S. 4mal tägl. 1 Essl. („Mixture antirheumatica“ F. M. B.)*
39. *Rp. Colchicini (Merck) 0,03. Sacchar. lactis 2,0. Gummi arab., Sacchar. a $\bar{a}$  0,5. F. pilul. Nr. XXX. S. 3—4 Pillen tägl.*
40. *Rp. Vini Colchici 12,0. Tinct. Opii crocat. 2,0. S. 1—3mal tägl. 10—20 Tropfen.*
41. *Rp. Pilul. Aconitini crist. (Clin) 0,0002. S. morgens und abends 1 Pille, ev. am nächsten Tage 1mal tägl. 1 Pille („Moussette's Pillen“).*
42. *Rp. Mesotani, Ol. Olivarum a $\bar{a}$  15,0. S. 3mal tägl. bis 1 Teelöffel aufzupinseln (nicht einreiben).*
43. *Rp. Salit (Heyden) 35,0. D. in Originalflasche. S. morgens u. abends  $\frac{1}{2}$ —1 Teelöffel in die gereinigte und getrocknete Haut einreiben. Ev. Zusatz von Olivenöl aa.*
44. *Rp. Chloroformi 20,0. Ol. Rapae 80,0. S. äusserl. („Oleum Chloroformii“ F. M. B.). An Stelle von Ol. Rapae auch Ol. Olivarum 80,0 oder Liniment. ammoniat. 80,0 („Linimentum Chloroformii“ F. M. B.) oder Spiritus camphorati 80,0 („Spiritus Chloroformii“ F. M. B.).*
45. *Rp. Veratrini 0,3. Chloroformii ad 10,0. S. äusserl.*
46. *Rp. Veratrini 0,25. Ol. Olivarum 0,5. Adipis suilli ad 25,0. S. äusserl. („Unguentum Veratrini“ F. M. B.).*

### Cardiaca.

(Vergl. auch Diuretica, Excitantia).

47. *Rp. Infus. Fol. Digitalis 0,75—1,5 : 180,0. Sir. spl. ad 200,0. S. 2—3 stündl. 1 Essl.*
48. *Rp. Infus. Fol. Digitalis 2,0 : 150,0. Mixt. gummos. 50,0. S. 2mal tägl. den 4. Teil als Klyisma.*
49. *Rp. Digitalysati (Bürger) 15,0. S. 3mal täglich 15—20 Tropfen*

50. *Rp. Tabl. Digipurati* (Knoll) 0,1. *D. in Originalröhrchen zu 12 Stück. S. 2—4 mal tägl. 1 Tablette.*
51. *Rp. Digaleni* 15,0. *S. 1—2 mal tägl. 7—14 Tropfen.* Oder: 1 Originalflasche zu 6 oder 12 sterilen Ampullen à 1 ccm zur intravenösen Injektion (1—5 ccm). Cf. Rp. 53.
52. *Rp. Tinct. Strophanthi* 5,0. *Tinct. Valerianae aether.* 15,0. *S. 1 mal tägl. 5—10 Tropfen.*
53. *Rp. Strophanthin* (Böhringer) 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. *D. in Original-Karton zu 12 Ampullen à 1 ccm (= 0,001). S. 1/2—1 Spritze (Schwerkranken 1/4—1/2 Spritze) zur intravenösen Injektion. Wiederholung nicht vor 36 Stunden. 4 Tage vorher dürfen keine Digitalis- und Strophanthuspräparate gereicht sein.*
54. *Rp. Coffeino-Natrii salicylici* 0,2. *Fol. Digitalis pulv.* 0,1. *Sacch.* 0,5. *S. 3 mal tägl. 1 Pulver.*
55. *Rp. Coffeino-Natrii benzoici* 2,0. *Aq. dest. ad 10,0. S. 1/2 bis 1 Spritze zur subcut. Injektion.*
56. *Rp. Amylii nitrosi, Spiritus vini* (oder *Spiritus Aetheris nitrosi*)  $\widehat{a}$  5,0. *S. 5—6 Tropfen auf ein Taschentuch zum Einatmen.*
57. *Rp. Sol. Natrii nitrosi* 0,5—2,0 : 150,0. *S. 3 mal täglich 1 Essl.*
58. *Rp. Nitroglycerini* 0,1. *Spiritus vini ad 10,0. S. 1 mal täglich 2—10 Tropfen in Wasser.*
59. *Rp. Nitroglycerini* 0,0005. *D. in Tabloids* (Burroughs, Wellcome & Co.) oder in *Pastillis* (Rossbach). *S. 1 mal tägl. 1—2 Stück.*

### Diaphoretica.

60. Warme Bäder mit folgenden Einpackungen. Heisse Getränke (Wasser, Milch, Tee). Heisse Sandbäder. Römisch-irische Bäder. Heissluftapparate. Elektrotherm-Apparate. Natrium salicyl. (2,0). Aspirin (1,0—2,0).
61. *Rp. Spec. Lignorum* 100,0. *S. 2 Essl. auf 6 Tassen Wasser; diese auf 4 einkochen, während des Tages trinken.*
62. *Rp. Flor. Sambuci* oder *Flor. Tiliae* 50,0. *S. 1—2 Teelöffel zu 1 Tasse Tee.* Ev. mit Zusatz von 1—2 Teelöffel *Liq. Ammonii acetici.*
63. *Rp. Pulv. Ipecac. opiatii* 0,3. *Sacch.* 0,2. *D. Nr. IV. S. 1 Pulver während einer heißen Einpackung zu nehmen.*
64. *Rp. Pilocarpini hydrochlorici* 0,2. *Aq. dest. ad 10,0. S. 1/2—1 (!) Spritze zur subcut. Injektion.*

### Diuretica.

(Vergl. auch Cardiacae.)

65. *Rp. Spec. diuretic.* 100,0. *S. esslöffelweise zum Teeaufguss.*
66. *Rp. Liq. Kali acetici* 30,0. *Ol. Petroselini gtt. II. Aq. dest. ad 200,0. S. 3 mal tägl. 1 Essl.* („Mixture diuretica“ F. M. B.).
67. *Rp. Diuretini* (= *Theobromini natrio-salicyl.*) 10,0. *Ol. Menthae piperit. gtt. II. Aq. dest. ad 200,0. S. 2—5 stündl. 1 Essl.*
68. *Rp. Tabl. Diuretini* 0,5. *D. Nr. XX in Original-Röhrchen. S. 2—8 Tabl. tägl.*
69. *Rp. Agurini* (= *Theobromini natrio-acetici*) 0,5—1,0. *S. 1 mal tägl. 1 Pulver in Oblaten.*

70. *Rp. Theophyllini* (oder *Theocini*) *natrio-acetici* 0,15. *D. in Originalröhrchen* zu 20 *Tabletten*. *S. 2 mal tägl. 1 Tabl.* *Ev. am nächsten Tage 2 mal täglich 2 Tabletten.* *Im Bedarfsfalle bis auf 3—4 mal täglich 2 Tabl. einen um den andern Tag steigen.*
71. *Rp. Urotropini* (= *Hexamethylentetramin*) 0,5. *S. 3 mal täglich 1 Pulver in Selterwasser.*
72. *Rp. Calomelan.* 0,2. *Sacch. lactis* 0,5. (*Ev. mit Zusatz von Opii puri* 0,01.) *D. Nr. X. S. 3 mal täglich 1 Pulver.*
73. *Rp. Infus. Fol. Digitalis* 1,0 : 150,0. *Liq. Kalii acetici, Sir. spl. ää* 15,0. *S. 2 stündl. 1 Essl.*
74. *Rp. Fol. Digitalis pulv.* 0,1. *Calomelan.* 0,1. *Tuberum Jalapae* 0,5. *D. Nr. VIII. S. 2—3 mal täglich 1 Pulver.*
75. *Rp. Fol. Digitalis pulv.* 0,1. *Diuretini* 1,0. *D. Nr. XII in capsul. amyloc.* *S. 3 mal tägl. 1 Kapsel.*
76. *Rp. Infus. Fol. Digitalis* 2,0 : 180,0. *Coffeini natrio-salicyl.* 2,0. *Tinct. Strophanthi* 5,0. *Kalii acetici* 20,0. *Succi Liquirit.* 5,0. *S. 2 stündl. 1 Essl.* („Fürbringersche Mixtur“).
77. *Rp. Gutti pulv., Fol. Digitalis pulv., Bulbi Scillae pulv., Stibii sulfurati aurantiaci, Extr. Pimpinellae ää* 1,2. *Mucilag. Gummi arab. q. s. ad pilul. Nr. L. S. 3 mal tägl. 1 Pille.* („Pilulae hydragogae Heimii“).

### Emetica.

78. *Rp. Vini stibii* 50,0. *S. 3 mal nach je 10 Minuten 1 Esslöffel.* (*Kinder*  $\frac{1}{2}$ —1 *Teelöffel*) *bis zur Wirkung.*
79. *Rp. Tartari stibii* 0,1. *Pulv. Rad. Ipecac.* 1,5. *S. Nach je 10 bis 15 Minuten*  $\frac{1}{3}$  *zu nehmen bis zur Wirkung.* („Pulvis emeticus“ *F. M. B.*)
80. *Rp. Sol. Cupri sulfurici* 1,0 : 50,0. *S. teelöffelweise alle 10 Minuten bis zur Wirkung.*
81. *Rp. Sol. Zinci sulfur.* 0,5 : 50,0. *S. alle 10 Minuten 1 Kinderlöffel bis zur Wirkung.*
82. *Rp. Apomorphini hydrochlorici* 0,05 (*Kinder* 0,01). *Aq. dest.* 5,0. *S.  $\frac{1}{2}$ —1 Spritze zur subcut. Injektion.*

### Excitantia.

(Vergl. auch *Cardiaca*.)

83. *Rp. Camphorae* 1,0. *Aether* 2,0. *Ol. Olivar. ad* 10,0. *S. zur subcut. Injektion.*
84. *Rp. Camphorae* 1,0. *Spiritus aetherei ad* 10,0. *S. 2 stündlich 10—20 Tropfen.* *Vergl. Rp. 95.*
85. *Rp. Tinct. Valerianae* 20,0. *Spiritus aetherei* 2,5. *S. 20 bis 40 Tropfen auf Zucker.*
86. *Rp. Tinct. Castorei* 5,0. *Tinct. Valerianae* 10,0. *S. 2 stündlich 10 Tropfen.* („Tinctura excitans“ *F. M. B.*)
87. *Rp. Tinct. Moschi* 5,0. *S. mehrmals täglich 20—40 Tropfen auf Zucker.*
88. *Rp. Spiritus* 40,0. *Tinct. Chinae comp.* 3,0. *Aq. dest. ad* 200,0. *S. 2 stündl. 1 Essl.* („Mixture alcoholica“ *F. M. B.*) *Statt Wein in der Armenpraxis.*



## Expectorantia.

89. *Rp. Infus. Rad. Ipecac. 0,5:175,0. Liq. Ammonii anisati 5,0. Sir. spl. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl.* („Infusum Ipecacuanhae“ F. M. B.). Ev. Zusatz von *Morphin. muriat. 0,03* oder *Extr. Opii 0,2* oder *Aq. Amygdal. amar. 3,0*.
90. *Rp. Decoct. Rad. Senegae 10,0:175,0. Liq. Ammonii anisati 5,0. Sir. spl. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl.* („Decoctum Senegae“ F. M. B.)
91. *Rp. Decoct. Rad. Althaeae 10,0:180,0. Tinct. Opii benzoicae 3,0. Sirup. Liquirit. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl.*
92. *Rp. Ammonii chlorati 5,0. Succ. Liquirit. dep. 2,0. (Tartari stibiati 0,05). Aq. dest. ad 200,0. S. 2 stündl. Essl.* („Mixtura solvens“ [„stibiata“] F. M. B.).
93. *Rp. Apomorphini hydrochlorici 0,06. Succ. et Pulv. Liquirit. q. s. ad pilul. Nr. LX. S. 1—2 stündl. 1—3 Pillen.*
94. *Rp. Terpini hydrati 5,0. Pulv. Rad. Liquirit. 1,5. Succ. Liquirit. dep. 3,0. F. pilul. Nr. L. S. 3 mal tägl. 2 Pillen.* („Pilulae expectorantes“ F. M. B.).
95. *Rp. Acidi benzoici, Camphorae tritae  $\widehat{a}u$  0,1. (Kindern 0,03—0,05.) Sacch. 0,5. D. Nr. X ad chartam cerat. S. 1—2 stündl. 1 Pulver.*
96. *Rp. Sol. Natrii iodati 3,0—6,0:180,0. Sir. spl. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl.*
97. *Rp. Morphini hydrochlor. 0,1. Rad. Ipecac. 0,3. Stibii sulfurati aurant. 0,5. Sacch. pulv., Rad. Liquirit. pulv.  $\widehat{a}u$  2,5. Aq. dest. q. s. ad pilul. Nr. L. S. 3 mal tägl. 1 Pille.* („Pilulae contra tussim“ F. M. B.).

## Haemostyptica.

98. *Rp. Ergotini dialysati 2,0. Aq. dest. ad 10,0. S. zur subkut. Injektion. Mehrmals tägl.  $\frac{1}{2}$ —1 Spritze.*
99. *Rp. Extr. Secalis cornuti 3,0. Pulv. Rad. Liquirit. q. s. ad pilul. Nr. XXX. S. 3—4 mal tägl. 1 Pille.*
100. *Rp. Extr. Hydrastis fluidi 20,0. S. 3—4 mal tägl. 20—30 Tropfen auf Zucker oder in Wasser.*
101. *Rp. Hydrastinini hydrochlorici 0,5. Aq. dest. ad 10,0. S.  $\frac{1}{2}$  bis 1 (!) Spritze 1—3 mal tägl.*
102. *Stypticini oder Styptoli 0,05. D. in Originalröhrchen zu 20 Tabletten. S. 3 mal tägl. 1—2 Tabletten.*
103. *Rp. Liq. Ferri sesquichlorati, Aq. dest.  $\widehat{a}u$  7,5. S. stündl. 2 bis 5 Tropfen in Zuckewasser.*
104. *Rp. Plumbi acetici 0,05. Sacch. 0,5. S. 2—3 stündl. 1 Pulver.* Ev. Zusatz von *Morphini hydrochlor. 0,005* oder *Opii 0,01—0,03*.
105. *Rp. Sol. Calcii chlorati 8,0:180,0. Sir. Menthae piperit. ad 200,0. S. 3 stündl. 1 Essl.*
106. *Rp. Sol. Adrenalini hydrochlorici oder Sol. L.-Suprarenini hydrochlor. Höchst oder Paranephrini Merck (1:1000) 10,0. S. 4 stündl. 10—20 Tropfen (Kindern 2—4 Tropfen) innerl. Oder  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Spritze zur subkut. Injektion. Oder einige Tropfen auf Watte zur lokalen Blutstillung.*

107. *Rp. Decoct. Gelatinae albae 20,0 : 200,0. S. mehrmals tägl. 1 Essl. in Suppen, Gclces etc. (ev. mit Zusatz von Sir. Rubi Idaei). Oder zu Klystieren (vorher anwärmen).*
108. *Rp. Gelatinae sterilisat. pro injectione Merck (10 %). D. in Originalfl. zu 10,0 bezw. 40,0. S. zur subkut. Injektion (Oberschenkel, Glutaealgegend, Brust). Vorher anwärmen.*

### Hypnotica.

(Vergl. auch Narcotica und Sedativa.)

109. *Rp. Amyleni hydrati 20,0. S. abends 1 gestrichenen Teelöffel (grösste Einzeldosis 4,0!) in einem Gläschen Bier.*
110. *Rp. Chlorali (form) amidati 2,0—4,0 (!). S. in Oblaten oder wässriger Lösung 1 Stunde vor Schlafengehen.*
111. *Rp. Sol. Chlorali hydrati 5,0 : 100,0. S. 1—2 Esslöffel in viel Zuckerwasser, das mit einem Teelöffel Kognak versetzt ist, oder in einem Glase Wein oder Limonade.*
112. *Rp. Chlorali hydrati 2,0—5,0 (!) Mucilag. Gummi arab. 40,0. Aq. dest. ad 100,0. S. zum Klystier.*
113. *Rp. Medinal 0,5. S. abends in Wasser zu nehmen. (Auch in Originalröhrchen zu 10 Tabletten.)*
114. *Rp. Sol. Paraldehydi 1,0—5,0 : 50,0. Sir. Aurantii Corticis 20,0. S. abends die ganze oder halbe Menge.*
115. *Rp. Sulfonali 1,0—2,0 (!). S. 2 Stunden vor dem Schlafengehen in viel warmer Flüssigkeit (Suppe, Tee).*
116. *Rp. Trionali 1,0—2,0 (!). S. in Oblaten. Oder wie das vorige.*
117. *Rp. Urethani 1,0—4,0. S. abends in Zuckerwasser.*
118. *Rp. Veronali (= Diäthylbarbitursäure) oder Veronal-Natrii 0,3—0,5. S. abends in heissem Wasser oder Tec. (Auch in Originalröhrchen zu Tabletten à 0,5.)*

### Laxantia.

(Vergl. auch Art. Obstipation.)

119. *Rp. Ol. Ricini 40,0. Gummi arab. pulv. 12,0. Str. spl. 20,0. Aq. dest. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl. („Emulsio ricinosa“ F. M. B.)*
120. *Rp. Calomel. 0,2. Tub. Jalapae pulv. 1,0. D. Nr. III. S. 1 stündl. 1 Pulver bis zur Wirkung. („Pulvis laxans“ F. M. B.) Statt Tub. Jalap. ev. auch nur Sacchari 0,5.*
121. *Rp. Infus. Fol. Sennae 15,0 : 155,0. Magnesia sulfur. 45,0. S. 2 stündl. 1 Essl. („Infusum laxans“ F. M. B.)*
122. *Rp. Extr. Cascarae Sagradae fluidi 15,0. S. 1—2 mal tägl. 20—30 Tropfen.*
123. *Rp. Extr. Frangulae fluidi 25,0. S. teelöffelweise.*
124. *Rp. Tartari depurati 10,0. Sulfur. dep. 20,0. Pulvae Tamarindorum 60,0. F. Electuarium. S. 2—1 mal tägl. 1 Teelöffel.*
125. *Rp. Fol. Sennae pulv., Magnes. ustae, Sacchar. pulv., Sulfur. dep., Tartari dep. aa 10,0. S. 3 mal tägl. 1 gestrichenen Teelöffel. („Pulvis haemorrhoidalis“ F. M. B.)*

126. *Rp. Infus. Rad. Rhei* 8,0 : 175,0. *Natrii bicarbon.* 10,0. *Ol. Menthae piperit. gtt. IV.* *Sir. spl. ad 200,0.* *S. 2 stündl. 1 Essl.* („Infusum Rhei“ F. M. B.)
127. *Rp. Inf. Rad. Rhei* 5,0 : 80,0. *Sir. Mannae ad 100,0.* *S. stündl. 1 Teelöffel bis zur Wirkung.* (Für Kinder.)
128. *Rp. Rad. Rhei pulv.* 10,0 *Glyzerini* 5,0. *F. pilul. Nr. L. S. tägl. 3—5 Stück.* („Pilulae Rhei“ F. M. B.)
129. *Rp. Aloës* 5,0. *Saponis jalapini* 3,0. *Spiritus q. s. ad pilul. Nr. L. S. 3—6 Pillen tägl.* („Pilulae aloëticae“ F. M. B.)
130. *Rp. Extr. Colocynthidis* 0,4. *Extr. Aloes* 4,0. *Resin. Jalapae, Saponis medicatae*  $\widehat{a}a$  2,0. *Spiritus q. s. ad pilul. Nr. L. S. tägl. 2—5 Pillen.* („Pilulae laxantes fortes“ F. M. B.)

### Narcotica und Sedativa.

(Vergl. auch Anaesthetica, Antineuralgica, Hypnotica.)

131. *Rp. Morphini hydrochlor.* 0,1. *Aq. dest. ad 10,0.* *S. zur subkut. Injektion.* (1 ccm = 0,01 Morphium.)
132. *Rp. Morphini hydrochlor.* 0,1. *Aq. Amygdal. amar. ad 10,0.* *S. 3 mal tägl. 10—20 Tropfen.* (20 Tropfen = 0,01 Morphium.)
133. *Rp. Sol. Codeini phosphorici* 0,1—0,2 : 180,0. *Sir. spl. ad 200,0.* *S. 3 mal tägl. 1 Essl.*
134. *Rp. Codeini phosphorici* 0,5. *Pulv. Rad. et Extr. Gentianae q. s. ad pilul. Nr. L. S. 3 mal tägl. 1—2 Pillen.*
135. *Rp. Tabl. Codeini phosph.* 0,05. *D. in Originalröhrchen zu 20 Stück.* *S. 3 mal tägl.  $\frac{1}{2}$ —1 Tablette.*
136. *Rp. Dionini* 0,3. *Aq. Amygdal. amar. ad 10,0.* *S. 2—3 mal tägl. 10 Tropfen.*
137. *Rp. Scopolamini hydrobromici* 0,01. *Aq. dest. ad 10,0.* *S. 1—2 mal tägl. 10—15 Tropfen in Wasser.* Oder 1—2 mal tägl.  $\frac{1}{2}$ —1 (!) Spritze subkutan.
138. *Rp. Scopolamini hydrobromici* 0,0012. *Morphini hydrochlor.* 0,03. *Aq. dest. 2,0.* *S. in 3 Teilen binnen 2 Stunden vor der Operation einspritzen.* (Auch in Originalröhrchen als „Scopomorphin“ erhältlich.)
139. *Rp. Kalii bromati* 8,0. *Natrii bromati, Ammonii bromati*  $\widehat{a}a$  4,0. *Aq. dest. ad 200,0.* *S. 3 mal täglich 1 Essl.* („Mixture nervina“ F. M. B.)
140. *Rp. Bromural (Knoll)* 0,3. *D. Nr. XX in Originalröhrchen.* *S. 3 mal tägl. 1 Tabl.*
141. *Rp. Bromalin* 2,0. *D. Nr. V. S. 2—4 Pulver tägl.*
142. *Rp. Bronipin (10%)* 100,0. *S. teelöffelweise* (bei Epilepsie esslöffelweise bzw. 33 $\frac{1}{3}$ % Br. in Kapseln.)
143. *Rp. Extr. Hyoscyami* 0,5. *Liq. Ammonii anisati ad 15,0.* *S. 3—4 mal tägl. 15—20 Tropfen.*
144. *Rp. Extr. Belladonnae* 0,25. *Aq. Amygdal. Amar. ad 15,0.* *S. 3 mal tägl. 10—20 Tropfen.* (Kindern 0,075 : 15,0 Wasser. *S. 2—3 mal tägl. soviel Tropfen, wie das Kind Jahre zählt.*)
145. *Rp. Extr. Belladonnae* (oder *Extr. Hyoscyami*) 1,0. *Lanolini* 9,0. *S. äusserl.*

146. *Rp. Extr. Belladonnae 0,02—0,05. Butyri Cacao q. s. ad suppositor.*  
 147. *Rp. Atropini sulfurici 0,01. Aq. dest. ad 10,0. S. ¼—1 (!)*  
*Spritze zur subkut. Injektion.*  
 147a. *Rp. Atropin. sulfur. 0,01. Pulv. Radicis et Succı Liquiritiae ā*  
*q. s. ad pilul. Nr. XX. (Jede Pille enthält 0,0005 Atropin).*

### Nervina.

(Vergl. auch Sedativa.)

148. *Rp. Borneyali 0,25. D. in Originalschachteln zu 12 bzw. 25 Perlen.*  
*S. 3 mal tägl. 1—2 Perlen.*  
 149. *Rp. Validol 15,0. S. 3 mal tägl. 10—15 Tropfen auf Zucker.*  
*Auch in Kapseln ā 0,25. S. 2—6 Kapseln tägl.*  
 150. *Rp. Valyl 0,25. D. in Originalröhrechen. S. 2—3 mal tägl. 2—3*  
*Perlen.*  
 151. *Rp. Strychnini nitrici 0,2—0,5. Succı et Pulv. Liquirit. q. s.*  
*ad pilul. Nr. C. S. 3 mal tägl. 1 Pille.*  
 152. *Rp. Strychnini nitrici 0,02. Aq. dest. ad 10,0. S. ¼—1 Spritze*  
*zur subkut. Injektion.*

### Stomachica.

153. *Rp. Acid. hydrochlor. 1,0. Tinct. Aurantii 3,0. Sir. spl. 20,0.*  
*Aq. dest. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl. („Mixture Acidi hydro-*  
*chlorici“ F. M. B.)*  
 154. *Rp. Acid. hydrochlor. dilut. 10,0. S. 3 mal tägl. 10 Tropfen in*  
*ein Weinglas Wasser nach dem Essen.*  
 155. *Rp. Pepsini, Acid. hydrochlor. ā 2,0. Tinct. Chinae comp. ad*  
*30,0. S. 3 mal tägl. 20 Tropfen in ein Weinglas Wasser. („Tinc-*  
*tura Pepsini“ F. M. B.)*  
 156. *Acidol 0,5 (= 5 Tropfen officin. Salzsäure). D. 1 Röhre zu*  
*10 Pastillen. S. 1—2 Pastillen in ¼—1 Weinglas Wasser.*  
 157. *Rp. Acidol-Pepsin II (schwach sauer; = 1 Tropfen verd. Salz-*  
*säure). D. 1 Röhre zu 10 Pastillen. S. 1—4 Pastillen zu jeder*  
*Mahlzeit.*  
 158. *Rp. Tinct. Rhei vinos., Tinct. Chinae comp., Tinct. Zingiberis*  
*ā 10,0. S. 3 mal tägl. 30 Tropfen. („Tinctura stomachica“*  
*F. M. B.)*  
 159. *Rp. Magnes. ustae, Elaeosacch. Foeniculi ā 15,0. D. ad scatulam.*  
*S. mehrmals tägl. 1 Messerspitze.*  
 160. *Rp. Natrii bicarbonici 20,0. Elaeosacch. Foeniculi 10,0. D. ad*  
*scatulam. S. 1 Messerspitze nach der Mahlzeit.*  
 161. *Rp. Bismuti subnitrici, Rad. Rhei pulv. ā 5,0. Natrii bicarb.*  
*20,0. S. 3 mal tägl. 1 Messerspitze. („Pulvis stomachicus“ F. M. B.)*  
 162. *Rp. Decoct. Cort. Condurango 15,0 : 180,0. Acid. hydrochlor 0,5.*  
*Sir. spl. ad 200,0. S. 3 mal tägl. 1 Essl. („Decoctum Condurango“*  
*F. M. B.)*  
 163. *Rp. Orezini tannici 0,5—1,0. D. Nr. VIII. S. in Oblaten oder*  
*warmer Milch 1—2 Stunden vor den Hauptmahlzeiten.*  
 164. *Rp. Kreosoti 6,0. Tinct. Gentianae 24,0. S. 3 mal tägl. 5 Tropfen.*  
*(„Tinctura Kreosoti“ F. M. B.)*

165. *Rp. Guajacoli 2,5. Rad. Liquirit. pulv. 5,0. Kalii carbon. 0,5. Glycerini q. s. ad pilul. Nr. L. S. 3 mal täglich 1—3 Pillen.* („Pilulae Guajacoli“ F. M. B.)
166. *Rp. Duotabletten (Heyden) 0,5. D. in Original-Röhrchen zu 20 Stück. S. 3 mal tägl. 1 Tablette. Vor Verschlucken in Wasser auflösen.*

### Tonica und Roborantia.

167. *Rp. Sir. Ferri jodati. Sir. spl. āa 50,0. S. 3 mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel.*
168. *Rp. Tinct. Ferri chlorati aetherae (oder Tinct. Ferri pomatae) 50,0. S. 3 mal tägl. 20—40 Tropfen auf Zucker.*
169. *Rp. Tinct. Ferri comp. Athenstaedt 500,0. D. in Originalflaschen. S. 3 mal tägl. 1 Teelöffel.*
170. *Rp. Decoct. Cort. Chinae 10,0 : 170,0. Acid. hydrochlor. 1,0. Sir. spl. ad 200,0. S. 2 stündlich 1 Essl. („Decoctum Chinae“ F. M. B.).*
171. *Rp. Chinini sulfur. 1,5. Ferri reducti 5,0. Extr. et. Rad. Gentianae q. s. ad pilul. Nr. L. S. 3 mal täglich 2 Pillen.* („Pilulae Chinini c. Ferro“ F. M. B.)
172. *Rp. Haematogen (Hommel) 1 Originalfl. S. 2 mal täglich 1 Essl. (Kindern 1/2—1 Tee- bzw. Kinderlöffel).*
173. *Rp. Haemalbumin (Dahmen). D. in Originalfl. zu 60,0. S. 3 mal tägl. 1 Messerspitze in Flüssigkeit oder Öblaten.*
174. *Rp. Phosphori 0,01. Ol. Menthae piperit. gutt. II. Ol. Jecoris aselli ad 100,0. S. 1—2 mal tägl. 1 Teelöffel.*
- 174a. *Rp. Kreosoti 3,0—7,0. Oi. Jecoris Aselli ad 500,0. S. 1—2 Essl. 1/2 Stunde vor der Mahlzeit.*
175. *Rp. Lecithin (Clin) 0,05 D. in Originalflacon. S. 2—5 Pillen tägl. bei den Mahlzeiten.*

### Varia.

176. *Rp. Acid. hydrochlor. dilut. (oder Acid. sulfur. dilut. oder Acid. phosphor.) 2,0. Sir. Rubi Idaei 20,0. Aq. dest. ad 200,0. S. 2 stündl. 1 Essl. (Säurelimonade.)*
177. *Rp. Tabl. Glandul. suprarenal. (Merck) 0,1. D. in Originalröhrchen zu 50 Stück. D. 1—2 Tabletten tägl.*
178. *Rp. Suprarenal Tabloids (Burroughs, Welcome & Co.) 0,3. D. in Originalröhrchen zu 100 Stück. S. tägl. 1—3 Tabletten.*
179. *Rp. Tabl. Thyreoidin. siccata. (Merck) 0,1. D. in Originalröhrchen zu 50 Stück. S. 1—2 Tabletten tägl.*
180. *Rp. Thyraden (Knoll) 0,15. D. in Originalröhrchen zu 30 Tabl. S. 3—5 mal tägl. 2 Tabl. (Kindern die Hälfte.)*
181. *Rp. Thyreoid Tabloids (Burroughs, Welcome & Co.) 0,1 u. 0,3. D. in Originalröhrchen zu 100 Stück. S. tägl. 1—3 Tabl.*
182. *Rp. Jodothyrin 0,3—0,5. D. in tabletta. S. tägl. 1—5 Tabl.*
183. *Rp. Collargol. 0,3. Aq. dest. steril. ad 15,0. S. 5—10 ccm zur intravenösen Injektion.*
184. *Rp. Fibrolysin (Merck) 2,3. D. 1 Originalkarton zu 10 Ampullen. S. alle 1—3 Tage 1 Ampulle zur subcut. oder intramuscul. Injektion.*

185. *Rp. Jodoformii 1,5. Collodii elast. ad 15,0. S. äusserl.* („Collodium Jodoformii“ F. M. B.).
186. *Rp. Ol. Ligni Sassafras. gtt. II. Jodoformii ad 10,0.* („Jodoformium desodoratum“ F. M. B.).
187. *Rp. Jodoform. 10,0—20,0. Glycerini, Aq. dest.  $\widehat{a}\widehat{a}$  ad 100,0. S. äusserlich; vor Gebrauch umschütteln.*
188. *Rp. Tinct. Jodi, Tinct. Gallarum  $\widehat{a}\widehat{a}$  25,0. S. äusserl.*
189. *Rp. Jodi 0,5. Kali jodat. 2,5. Aq. dest. 2,0. Adip. suilli ad 25,0. S. äusserl.* („Unguentum Jodi“ F. M. B.)
190. *Rp. Jodi 0,05. Kali jodati 0,1. Aq. dest. ad 100,0. S. äusserl.* („Lugolsche Lösung“).
191. *Rp. Sol. Kalii jodat. 6,0 : 85,0. Tinct. Jodi 2,0. Glycerini 5,0. S. äusserl.*
192. *Rp. Jodi 0,25. Kali jodat. 1,0. Glycerini 18,75. S. äusserl.* („Mandsche Lösung“ I.) Die Lösungen II u. III enthalten dieselben Bestandteile im Verh. von 0,25 : 1,0 : 8,75 bzw. 0,4 : 1,5 : 8,1.
193. *Rp. Zinci oxydati crudi, Amyli  $\widehat{a}\widehat{a}$  25,0. S. äusserl.* („Pulvis exsiccans“ F. M. B.)
194. *Rp. Hydrarg. oxydat. flav. 0,1. Vaselini americani ad 10,0. S. äusserl.* („Pagenstechers Augensalbe“).
195. *Rp. Balsam. Peruviani 1,0. Argent. nitric. 0,3. Lanolini 30,0. S. äusserl.*
196. *Rp. Ammonii sulfo-ichthyolici 5,0. Vaselini americ. 45,0. S. äusserl.* („Unguentum ichthyolicum“ F. M. B.)
197. *Rp. Hydrarg. sulfurat. rubri 0,5. Sulfur. sublimat. 12,5. Ol. Bergamottae 0,5. Vaselini americ. ad 50,0. S. äusserl.* („Unguentum rubrum sulfuratum“ F. M. B.)
198. *Rp. Zinci oxydat. crud. 5,0. Adip. benzoati ad 50,0. S. äusserl.* („Unguentum Wilsonii“ F. M. B.)
- 198a. *Rp. Tinct. Benzoes 15,0. Evapora ad 7,5. Adde Zinci oxyd. 3,0. Ung. lenient. ad 100,0.* („Wilsonsche Salbe“).
199. *Rp. Acid. salicyl. 10,0. Chrysarobin, Ol. Rusci  $\widehat{a}\widehat{a}$  20,0. Sapon. viridis, Vaselini  $\widehat{a}\widehat{a}$  25,0.* („Dreuwische Salbe“).
200. *Rp. Zinci oxydat. crud., Amyli Tritici  $\widehat{a}\widehat{a}$  12,5. Vaselini americ. ad 50,0.* („Pasta Zinci“ F. M. B.)
201. *Acid. salicyl. 1,0. Amyli Tritici, Zinci oxydat. crud.  $\widehat{a}\widehat{a}$  12,0. Vaselini americ. ad 50,0. S. äusserl.* („Pasta salicylica“ F. M. B.)
202. *Rp. Resorcini 10,0. Zinci oxydat., Amyli  $\widehat{a}\widehat{a}$  25,0. Vaselini americ. ad 100,0. S. äusserl.*
203. *Rp. Sulfur. praecipit. 3,0—10,0. (Acid. salicyl. 2,0). Zinci oxydat., Amyli  $\widehat{a}\widehat{a}$  25,0. Vaselini americ. ad 100,0.*
204. *Rp. Beta Naphtoli 10,0. Sulfur. praecipitati 50,0. Lanolini, Saponis viridis  $\widehat{a}\widehat{a}$  20,0. S. äusserl.* („Lassars Schälpaste“).
205. *Rp. Lac. Sulfuris, Glycerini, Spiritus  $\widehat{a}\widehat{a}$  5,0. Acet. glacial. 1,0.* („Zeisslsche Paste“).
206. *Rp. Bromocolli solub. 5,0—20,0. Zinci oxyd., Amyli  $\widehat{a}\widehat{a}$  20,0. Glycerin. 30,0. Aq. dest. ad 100,0. S. Umzuschütteln.* („Bromocoll-Schüttelmixtur“).
207. *Rp. Chrysarobini 1,0. Traumaticini ad 10,0. S. äusserl.*
208. *Rp. Zinci oxyd., Amyli  $\widehat{a}\widehat{a}$  20,0. Glycerin. 30,0. Aq. dest. ad 100,0.* („Lotio Zinci“).

209. *Rp. Sulfur. praecip. 10,0. Zinci oxyd., Amyli  $\widehat{aa}$  20,0. Glycerin, Aq. dest.  $\widehat{aa}$  ad 100,0.* („Lotio Sulfuris“).
210. *Rp. Liq. carbon. deterg. angl. 5,0—20,0. Zinci oxyd., Amyli  $\widehat{aa}$  20,0. Glycerin. 30,0. Aq. dest. ad 100,0.* („Teer-Schüttelmixtur“).
211. Nährklystiere werden nach Darmausspülung zu 150–350 ccm 35° warm mittels langen Nélatonkatheters möglichst hoch eingeführt. Vorschrift nach Ewald: 1 Messerspitze Kraftmehl wird in  $\frac{1}{2}$  Tasse 20% Traubenzuckerlösung gekocht und 1 Glas Rotwein zugesetzt. In diese (nicht zu heisse) Lösung wird eine Eierlösung (2–3 Eier mit 1 Essl. Wasser gequirlt) eingerührt. Dazu ev. noch 1 Teelöffel Pepton. Nach Boas: 250 g Milch, 1 Eigelb, 1 Essl. Rotwein. Nach Leube: 250 g Milch, 60 g Pepton (oder 60 g Amylum).

## Maximaldosen für Erwachsene

nach dem deutschen Arzneibuch, 5. Ausgabe.

	Grösste Einzelgabe	Grösste Tagesgabe
Acetanilidum . . . . .	0,5	1,5
Acid. arsenicosum . . . . .	0,005	0,015
Acid. carbolicum . . . . .	0,1	0,3
Acid. diaethylbarbituricum . . . . .	0,75	1,5
Aethylmorphinum hydrochloricum . . . . .	0,03	0,1
Agaricinum . . . . .	0,1	—
Amylenum hydratum . . . . .	4,0	8,0
Antipyrin . . . . .	2,0	4,0
Apomorphinum hydrochloricum . . . . .	0,02	0,06
Aq. Amygdalarum amararum . . . . .	2,0	6,0
Argentum nitricum . . . . .	0,03	0,1
Arsacetin . . . . .	0,2	—
Atoxyl . . . . .	0,2	—
Atropinum sulfuricum . . . . .	0,001	0,003
Bromoformium . . . . .	0,5	1,5
Cantharides . . . . .	0,05	0,15
Chloralum formamidatum . . . . .	4,0	8,0
Chloralum hydratum . . . . .	3,0	6,0
Chloroformium . . . . .	0,5	1,5
Cocainum hydrochloricum . . . . .	0,05	0,15
Codeinum phosphoricum . . . . .	0,1	0,3
Coffeinum . . . . .	0,5	1,5
Coffeinum-Natrium salicylicum . . . . .	1,0	3,0
Cuprum sulfuricum . . . . .	1,0	1,0
Diacetylmorphinum hydrochloricum . . . . .	0,005	0,015
Dionin . . . . .	0,03	0,1
Diuretin . . . . .	1,0	6,0
Duotal . . . . .	1,0	3,0
Extr. Belladonnae . . . . .	0,05	0,15
Extr. Colocynthis . . . . .	0,05	0,15
Extr. Filicis . . . . .	10,0	10,0
Extr. Hyoscyami . . . . .	0,1	0,3
Extr. Opii . . . . .	0,1	0,3
Extr. Strychni . . . . .	0,05	0,1
Folia Belladonnae . . . . .	0,2	0,6
Folia Digitalis . . . . .	0,2	1,0
Folia Hyoscyami . . . . .	0,4	1,2
Folia Stramonii . . . . .	0,2	0,6
Fructus Colocynthis . . . . .	0,3	1,0
Guajacolum carbonicum . . . . .	1,0	3,0
Gutti . . . . .	0,3	1,0
Herba Lobeliae . . . . .	0,1	0,3
Heroin hydrochloricum . . . . .	0,005	0,015
Hexamethylentetramin . . . . .	1,0	3,0
Homatropinum hydrobromicum . . . . .	0,001	0,003
Hydrargyrum bichloratum . . . . .	0,02	0,06
Hydrargyrum bijodatatum . . . . .	0,02	0,06
Hydrargyrum cyanatum . . . . .	0,01	0,03
Hydrargyrum oxydatum . . . . .	0,02	0,06
Hydrargyrum oxydatum via humida paratum . . . . .	0,02	0,06
Hydrargyrum salicylicum . . . . .	0,02	—



	Grösste Einzelgabe	Grösste Tagesgabe
Hydrastininum hydrochloricum . . . . .	0,03	0,1
Jodoform . . . . .	0,2	0,6
Jodum . . . . .	0,02	0,06
Kreosotum . . . . .	0,5	1,5
Lactophenin . . . . .	0,5	3,0
Lactylphenetidinum . . . . .	0,5	3,0
Liq. Kalii arsenicosi . . . . .	0,5	1,5
Methylsulfonal . . . . .	2,0	4,0
Morphinum hydrochloricum . . . . .	0,03	1,0
Natrium acetylarsanilicum . . . . .	0,2	—
Natrium arsenilicum . . . . .	0,2	—
Natrium nitrosum . . . . .	0,3	1,0
Oleum Crotonis . . . . .	0,05	0,15
Opium pulveratum . . . . .	0,15	0,5
Paraldehyd . . . . .	5,0	10,0
Phenacetinum . . . . .	1,0	3,0
Phosphorus . . . . .	0,001	0,003
Physostigminum salicylicum . . . . .	0,001	0,003
Pilocarpinum hydrochloricum . . . . .	0,02	0,04
Plumbum aceticum . . . . .	0,1	0,3
Podophyllum . . . . .	0,1	0,3
Pulvis Ipecacuanhae opiatum . . . . .	1,5	5,0
Pyramidon . . . . .	0,5	1,5
Pyrazolonum dimethylaminophenyldimethylicum . . . . .	0,5	1,5
Pyrazolonum phenyldimethylicum . . . . .	2,0	4,0
Pyrazolonum phenyldimethylicum salicylicum . . . . .	2,0	6,0
Salipyrin . . . . .	2,0	6,0
Santoninum . . . . .	0,1	0,3
Scopolaminum hydrobromicum . . . . .	0,0005	0,0015
Semen Strychni . . . . .	0,1	0,2
Strychninum nitricum . . . . .	0,005	0,01
Sulfonalum . . . . .	2,0	4,0
Suprarenin hydrochloricum . . . . .	0,001	—
Tartarus stibiatus . . . . .	0,1	0,3
Theobromino-natrium salicylicum . . . . .	1,0	6,0
Theocin . . . . .	0,5	1,5
Theophyllum . . . . .	0,5	1,5
Tinct. Aconiti . . . . .	0,5	1,5
Tinct. Cantharidum . . . . .	0,5	1,5
Tinct. Colchici . . . . .	2,0	6,0
Tinct. Colocyntidis . . . . .	1,0	3,0
Tinct. Digitalis . . . . .	1,5	5,0
Tinct. Jodi . . . . .	0,2	0,6
Tinct. Lobeliae . . . . .	1,0	3,0
Tinct. Opii crocata . . . . .	1,5	5,0
Tinct. Opii simplex . . . . .	1,5	5,0
Tinct. Strophanthi . . . . .	0,5	1,5
Tinct. Strychni . . . . .	1,0	2,0
Trional . . . . .	2,0	4,0
Tubera Aconiti . . . . .	0,1	0,3
Urotropin . . . . .	1,0	3,0
Veratrinum . . . . .	0,002	0,005
Veronal . . . . .	0,75	1,5
Zincum sulfuricum . . . . .	1,0	1,0

## Dosierung der gebräuchlichsten Arzneimittel für Kinder.

**Allgemeine Regeln.** Innere Arzneien in flüssiger oder Pulverform, als Stuhlzäpfchen oder Klistier verschreiben! Keine Pillen! Schlecht schmeckende Arzneien per os nach Möglichkeit vermeiden, jedenfalls nicht in die Nahrung mischen. Beim Eingeben die Nase zuhalten, wenn die Kinder nicht schlucken wollen. Zur genaueren Dosierung Verabreichung gelöster Arzneien in graduierten (5, 10, 20 g) Messgefäßen der Abmessung in Teelöffel (5 g), Kinderlöffel (10 g) oder Esslöffel (15 g) vorzuziehen. Mit Narkoticis im ersten Kindesalter Vorsicht! Morphin überhaupt nicht geben! Chloralhydrat u. Brom, auch Codein werden dagegen selbst in grösseren Dosen gut vertragen. — Bei stärker wirkenden Arzneien tunlichste Vermeidung jedes Schematismus u. besonders sorgfältige Bemessung der Gaben für das erste Lebensjahr! — Folgende Tabellen dienen nur als Anhalt.

**Tabelle A.**

Dosis für Erwachsene . . .	1,0 g	Dosis für 4 jähr. Kind . . .	0,2 g
„ „ 14 jähr. Kind . . .	0,7 g	„ „ 2 „ „ . . .	0,15 g
„ „ 12 „ „ . . .	0,6 g	„ „ 1 „ „ . . .	0,1 g
„ „ 10 „ „ . . .	0,5 g	„ „ 8 monat. Kind . . .	0,08 g
„ „ 8 „ „ . . .	0,4 g	„ „ 6 „ „ . . .	0,06 g
„ „ 6 „ „ . . .	0,3 g	„ „ 2 „ „ . . .	0,02 g

**Tabelle B.**

Durchschnittliche Einzelgaben für die verschiedenen Altersklassen.

Arzneimittel	Bis zu 1 Jahre	1—5 Jahre	5—10 Jahre	10—15 Jahre
Antifebrinum (Acetanilidum) als Antipyreticum	soviel cg als das Kind Monate, soviel dg als es Jahre zählt, nicht über 0,5 pro dosi			
Antipyrimin (Pyrazolon. phenyldimethylicum) als Antipyreticum	desgl.			
Apomorphin. hydrochlor. als Emeticum subcut.	0,001	0,003	0,005	0,007
„ dgl. als Expectorans innerl.	—	0,0015	0,0025	0,003
Aq. amygd. amar.	—	1—5 gtt.	5—10 gtt.	10—15 gtt.
Aspirinum (Acid. acetylosalicyl.) als Antirheumaticum	0,15	0,5 bis 3 × tgl.		1,0
Atropin. sulfur.	—	0,0001	0,0002	0,0003
Bismut. subnitr.	0,05	0,1	0,3	0,5
Bromoform.	1—2 gtt.	3—4 gtt.	5—10 gtt.	—
Calomel als Antisyphiliticum dgl. als Laxans (unsicher!)	0,002	0,005	0,01	0,02
	0,03—0,05	2 stdl.	nur bis zur Wirkung	
Camphor. trit.	0,03—0,1	0,1	bis	0,2
Chinin. hydrochlor. als Antipyreticum	1 cg für jed. Monat	0,1—0,3	0,3—0,5	0,75

Arzneimittel	Bis zu 1 Jahre	1—5 Jahre	5—10 Jahre	10—15 Jahre
Chinin. tannicum	0,05	0,15	0,25	0,1
Chloral. hydrat.	0,25—0,5	0,5	bis	1,0
	in einmaliger Dosis (Klistier)			
Codein. phosphor.	0,001	0,002 bis 0,005	0,005 bis 0,01	0,01 bis 0,05
Coffein natrobenzoic.	0,03	0,05	0,1	0,3
Diphtherie-Heilserum	1500 I. E., in schweren Fällen (Stenose) 3000 I. E.			
Extr. Belladonnae	—	0,001	0,003	0,005
Extr. Filicis	1,0	2,0	4,0	6,0
Extr. Opii	—	0,005—0,01	0,02	0,03
Folia Digitalis	—	0,02	0,03	0,04
Guajacol.	—	0,01	0,03	0,05
Kalium resp. Natrium bro- matum	0,1	0,3	0,5	1,0
Kalium resp. Natrium jo- datum	0,05	0,1—0,3	0,5	1,0
Kreosotal	3 gtt.	5 gtt.	10 gtt.	15 gtt.
Kreosot	0,005	0,01	0,02	0,05
Liq. Ammon. anis.	1 gtt.	1—5 gtt.	5—10 gtt.	10—15 gtt.
Liq. Kalii arsenicos.	1 gtt.	1—2 gtt.	1—3 gtt.	1—5 gtt.
Morphin. hydrochlor.	—	0,001	0,003	0,005
Natr. salicylic. Tagesdosis	1,0	2,0	3,0	4,0
Ol. Ricini	$\frac{1}{2}$ Teel. 1 Teelöffel bis 1 Esslöffel			
Phenacetin	wie Antipyrin			
Phosphor	0,01 : 100,0	Oleum	—	—
	2—3 × tgl.	10 ccm		
Pilocarpin. hydrochlor. inner- lich, nicht subkutan	0,001	0,002	0,004	0,005
Radix Ipecacuanh. als Eme- ticum	1—2 : 100, alle 10 Min. 10 ccm bis z. Wirkung			
dgl. als Expectorans	0,05—0,2	100,0	0,25—0,3/100,0	
	3 stdl.	10 ccm	3 stdl.	10 ccm
Salipyrin	—	0,25	0,5	0,75
Santonin	—	0,01	0,02	0,03
Sir. Ferri jodati	1 gtt.	5 gtt.	10 gtt.	15—20 gtt.
Strychnin. nitric. subcutan	—	0,0005 bis 0,001	0,001 bis 0,002	0,002
Tannalbin	0,25	0,5	0,5	0,5
Tannigen	0,25	0,5	0,5	0,5
Tct. Opii simpl.	0,025	0,05	0,2	0,3
Tct. Strophanthi	—	$\frac{1}{2}$ —1 gtt.	2 gtt.	3 gtt.
Urotropin (Hetralin)	0,1	0,2	0,3	0,5
Veronal	—	0,05	0,1	0,2

1 × abends

Hasenknopf.

## Zusammensetzung und Kalorienwert roher und zubereiteter Nahrungsmittel<sup>1)</sup>.

Rohe Speisen pro 100 g.

	Eiweiss	Fett	Kohlehydrat	Kalorien	Kochsalz
Rindfleisch, mager . . . . .	20,89	1,57	—	101	0,1
Kalbfleisch, „ . . . . .	19,00	0,82	—	85	0,1
Hammelfleisch „ . . . . .	19,18	2,82	—	105	—
Schweinefleisch, mager . . . . .	19,98	4,68	—	125	0,01
Kalbsleber . . . . .	18,72	5,14	4,18	126	0,15
Geräuch. Schinken, roh und gekocht . . . . .	25,1	8,1	—	178	2,0-5,0
Büchling . . . . .	21,1	8,5	—	166	—
Mettwurst . . . . .	19,0	40,8	—	457	—
Leberwurst . . . . .	9,1	14,8	19,3	254	—
Erbswurst . . . . .	15,5	37,9	31,4	544	—
Sauce zu Kalbsbraten . . . . .	1,8	6,6	10,2	111	0,5-1,0
Hühnerrei . . . . .	12,55	12,11	0,55	166	0,14
1 Ei = 45 g . . . . .	5,65	5,45	0,25	75	0,06
Kuhmilch . . . . .	3,0	3,55	4,51	65	0,16
Rahm . . . . .	3,76	22,66	4,23	243	0,14
Butter . . . . .	0,74	84,39	0,5	790	0,02
					(ges.2,1)
Sauermilch . . . . .	3,41	3,65	3,5	62	—
Camembert . . . . .	22,2	26,75	—	340	—
Schweizerkäse . . . . .	23,72	32,54	5,02	420	2,4
Edamerkäse . . . . .	25,89	28,85	3,42	388	2,5
Reis, geschält . . . . .	6,73	0,88	78,48	357	0,01
Erbsen . . . . .	23,15	1,89	52,68	328	0,06
Linsen . . . . .	25,94	1,93	52,84	341	0,23
Bohnen . . . . .	25,31	1,68	48,33	318	0,07
Weizenmehl, fein . . . . .	10,21	0,94	74,71	357	0,02
Gries . . . . .	12,15	0,75	76,12	369	0,06
Stärkemehl (Maizena, Mondamin, Sago, Tapioca, Kartoffelmehl) . . . . .	1,18	0,06	82,13	342	0,01
Maccaroni, Nudeln etc. . . . .	11,58	0,6	75,21	361	—
Kartoffeln, roh . . . . .	2,08	0,15	21,01	96	0,6
Rettig, „ . . . . .	1,92	0,11	8,43	43	0,06
Gurke . . . . .	1,18	0,09	2,31	15	0,07
Feinst. Weizenbrot, Semmel . . . . .	7,06	0,46	56,58	265	0,6
Schwarzbrot, fein . . . . .	8,5	1,3	52,5	262	0,75
Grahmbrot . . . . .	9,06	1,00	50,0	251	0,65
Biskuits . . . . .	11,93	7,47	68,67	400	1,4

<sup>1)</sup> Nach Schwenkenbecher, Dissertation, Marburg 1900 und J. König, Nahrungs- und Genussmittel. Zit. aus Mohr und Beuttenmüller, Methodik der Stoffwechseluntersuchungen. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1911.

	Eiweiss	Kohle- hydrat	Kalorien	Kochsalz
Äpfel . . . . .	0,36	12,03	51	—
Birnen . . . . .	0,36	11,80	50	—
Zwetschen . . . . .	0,78	11,07	52	—
Kirschen . . . . .	0,67	12,00	52	0,01
Pfirsiche . . . . .	0,65	11,65	50	—
Apfelsinen, ohne Schale und Kerne . . . . .	0,73	5,54	26	0,06
Weintrauben . . . . .	0,59	16,32	69	0,01
Himbeeren . . . . .	0,40	4,52	20	—
Johannisbeeren . . . . .	0,51	7,28	32	—

Suppen pro 100 g.

	Ei- weiss	Fett	Kohle- hydrat	Kalor.	Koch- salz <sup>1)</sup>
Griessuppe . . . . .	0,8	1,2	3,8	30	0,8—1,0
Reissuppe . . . . .	0,7	0,3	6,8	33	0,5—0,8
Haferschleim . . . . .	2,2	1,5	10,4	66	ca. 0,5
Kartoffelsuppe . . . . .	1,2	2,0	7,7	55	ca. 0,5
Erbsensuppe . . . . .	4,0	0,3	9,0	56	0,5—0,7

Gekochtes Fleisch pro 100 g.

Rindfleisch, mager . . . . .	36,6	2,8	—	176	—
Kalbfleisch, mager . . . . .	26,4	1,1	—	118	—
Huhn (Brustfleisch) . . . . .	30,7	4,5	—	168	—
Forelle . . . . .	18,4	2,4	—	98	—
Karpfen . . . . .	17,2	0,8	—	78	—
Schellfisch . . . . .	21,0	0,4	—	90	—

Gebratenes Fleisch (mager) pro 100 g.

Roastbeef . . . . .	26,4	2,0	—	127	—
Rinderbraten . . . . .	33,7	2,5	—	151	—
Gebr. Kalbsschnitzel . . . . .	22,3	1,0	—	101	ca. 2,0
Kalbsbraten (durchgebr.) . . . . .	34,4	3,5	—	173	—
Hammelbraten . . . . .	27,0	4,0	—	148	—
Schweinebraten . . . . .	35,0	8,2	—	220	ca. 1,5
Rehbraten . . . . .	26,4	5,5	2,0	159	—
Hasenbraten . . . . .	47,5	1,4	0,2	209	—
Gänsebraten . . . . .	22,8	66,4	—	711	—

Diverse Speisen pro 100 g.

Mehlbrei . . . . .	4,9	3,2	3,5	70	—
Griesbrei . . . . .	4,5	3,1	21,6	136	1,0
Reisbrei . . . . .	3,5	2,6	18,5	114	1,0

<sup>1)</sup> Kochsalzwerte angegeben, soweit Analysen vorliegen. Im übrigen aus Rohmaterial und Zubereitungsart zu berechnen.

	Ei- weiss	Fett	Kohle- hydrat	Kalor.	Koch- salz <sup>1)</sup>
Erbsenbrei . . . . .	12,4	0,9	27,4	172	—
Kartoffelbrei . . . . .	3,0	0,9	21,0	108	0,6
Eierkuchen . . . . .	7,3	15,8	26,4	285	1,7
Möhren . . . . .	1,1	3,2	7,0	63	—
Weisse Rüben . . . . .	0,6	4,0	5,2	61	—
Kohlrabi . . . . .	1,2	3,6	4,2	56	2,0
Spargel . . . . .	2,0	0,3	1,3	18	1,8
Wirsingkohl . . . . .	1,4	4,9	7,3	81	—
Spinatgemüse . . . . .	1,8	5,3	6,7	84	2,0
Sauerkraut . . . . .	0,9	3,7	7,6	69	—
Grüner Salat . . . . .	0,7	0,5	2,1	16	0,7
Äpfelbrei . . . . .	0,4	—	13,0	55	—
Kartoffeln, gekocht . . . . .	2,1	0,1	21,0	96	—
„ geröstet . . . . .	2,6	9,3	26,2	205	—

Zuckerwaren usw. pro 100 g.

	Wasser	Ei- weiss	Fett	Kohle- hydrat	Kalor.
Honig . . . . .	20,0	—	—	ca. 75	307
Kakao, entölt . . . . .	6,35	21,5	27,34	34,18	482
Schokolade . . . . .	1,89	6,18	21,02	67,67	498

Alkoholica pro 100 g.

	Alkohol Gewichts- %	Extrakt	Dextrin und Zucker	Kalorien
Schankbier . . . . .	2,79	4,13	2,6	36
Exportbier (Bayr.) . . . . .	4,40	6,38	4,67	57
„ (Pilsen) . . . . .	4,36	4,67	—	50
Ale . . . . .	5,00	6,40	2,65	61
Mosel-, Ahr-, Saarweisswein	7,66	2,21	—	63
Rhein- u. Maingauweisswein	8,15	2,80	0,5—0,8	68
Französ. Rotwein . . . . .	7,8	2,56	0,3—1,7	65
Französ. Schaumwein . . . . .	10,5	18,5	16,20	149
Kognak . . . . .	42,0	1,0	0,7	298
Kirschwasser . . . . .	41,9	0,02	—	293
Rum . . . . .	59,6	0,5	0,2	419
Arak . . . . .	46,5	0,1	—	326

<sup>1)</sup> Cf. Anmerkung auf S. 642.

## Äquivalenttabelle für Kohlehydrate<sup>1)</sup>.

	Prozentgehalt an Kohle- hydraten %	20 g Weiss- brötchen entsprechen g
Roggenbrot . . . . .	ca. 50	24
Kommisbrot . . . . .		
Pumpernickel . . . . .	45—48	26
Graham-Schrotbrot . . . . .		
Konglutinbrot . . . . .		
Aleuronatbrot . . . . .	40	30
Albert-Biskuits . . . . .	88	14
Kakaopulver, rein . . . . .	ca. 30	40
Mehl:		
Weizen, Roggen, Gerste, Hafer, Mais, Hirse, Buchweizen . . . . .	75—80	15
Stärkemehl:		
von Kartoffeln, Weizen, Tapioka, Reis, Sago, Maizena, Mondamin . . . . .	82	14
Bohnen-, Erbsen-, Linsenmehl . . . . .	58	20
Aleuronatmehl . . . . .	7	170
Nudeln, Maccaroni, Grünkern . . . . .	80	15
Hafer . . . . .	60	20
Reis . . . . .	70	17
Gerste . . . . .	66	18
Erbsen, Linsen, Bohnen (trockne Samen). Erbsen, Bohnen, Saubohnen (ausgekernt, frisch) . . . . .	53	23
Kartoffeln im Sommer . . . . .	30	40
„ „ Winter . . . . .	16—18	70
Sellerie . . . . .	20—22	60
Kirschen, süß . . . . .	12	100
„ sauer . . . . .	10—12	100—120
„ . . . . .	8—10	120—150
Äpfel . . . . .	8—10	120—150
Birnen . . . . .		
Zwetschen (deutsche) . . . . .	6—8	150—200
Erdbeeren . . . . .	5—7	170—240
Stachelbeeren, reif . . . . .	7—8	150—170
„ unreif, zum Einmachen . . . . .	2,4	500
Johannisbeeren . . . . .	6—8	150—200
Mirabellen, Pflaumen, Reineclauden . . . . .	4	300
Aprikosen . . . . .	4—6	200—300
Pfirsich . . . . .		
Himbeeren . . . . .	4—5	240—300
Heidelbeeren . . . . .	5	240
Brombeeren . . . . .	4	300
Preisselbeeren . . . . .	1—2	600—1200
Ananas (sehr süß!) . . . . .	8	150
Orangen . . . . .	5—6	200—240 (mit Schale)

<sup>1)</sup> Nach von Noorden, zit. aus Mohr und Beuttenmüller, Methodik der Stoffwechseluntersuchungen. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1911.

	Prozentgehalt an Kohle- hydraten 0/0	20 g Weiss- brötchen entsprechen ccm
Vollmilch . . . . .	ca. 4—5	ca. 275
Guter Süssrahm . . . . .	ca. 2,5—3	400—800
Saure Milch . . . . .	ca. 4	ca. 300
Kefir (2—3 täg.) . . . . .	ca. 2,5	ca. 480
Bayr. Exportbier . . . . .	4,5—5,5	215—275
Pilsener " . . . . .	3,8—4,0	300—320
Helles Bier . . . . .	2,5—3,0	400—480
Lichtenhainer . . . . .	2,0—2,5	480—600
Grätzer . . . . .	2,1	600

Beuttenmüller.



## Index.

(Die im Texte stehenden Stichworte und seltenere Synonyma sind nicht mit aufgenommen).

- Abdominal. s. Unterleib.  
Abducenslähmung 50.  
Ablatio retinae s. Netzhautablösung.  
Adenie s. Pseudoleukaemie.  
Aderhautentzündung s. Chorioiditis.  
Adipositas s. Fettsucht.  
Adnextumoren s. Extrauterin-  
schwangerschaft, Ovarialtu-  
moren, Pyosalpinx, Unterleibs-  
tumoren.  
Ägyptische Augenentzündung s.  
Trachom.  
Agaricus s. Pilzvergiftung.  
Ageusie 190.  
Agoraphobie 467.  
Agraphie 559.  
Agrypnie s. Schlaflosigkeit.  
Akinesia algera I.  
Akne scrofulosorum = A. kachek-  
ticorum.  
Akne syphilitica 312.  
Akne teleangiectodes 10.  
Akne varioliformis 8.  
Akorie 343.  
Akrodynie 146.  
Akroparästhesien 440.  
Alexie 559.  
Alimentäre Intoxikation 525.  
Alkalivergiftung s. Laugenvergiftung.  
Allantiasis s. Fleischvergiftung.  
Allotriogeusie 190.  
Altersniere 393.  
Alveolarektasie s. Lungenemphysem.  
Amanita s. Pilzvergiftung.  
Amnestischer Symptomenkomplex  
= Korsakow.  
Amputationsneurome 401.  
Amusie 559.  
Anadenia gastrica = Achylia ga-  
strica.  
Anaemia cerebri s. Gehirnämie.  
Anarthrie 559.  
Aneurysma d. Leistenbeuge 61.  
Angina habitualis 179.  
Angina Ludovici 466.  
Angina phlegmonosa 457.  
Angina ulceromembranacea 26.  
Angioelephantiasis 27.  
Angioneurotisches Oedem s. Glottis-  
und Hautoedem.  
Angulus infectiosus s. Faulwinkel.  
Anosmie 189.  
Anthrax s. Milzbrand.  
Antifebrinvergiftung wie Anilin-  
vergiftung.  
Aortenklappenfehler 226, 227.  
Apepsia gastrica = Achylia g.  
Aphasie 558 .  
Aphonie 214.  
Aplastische Anämie 20.  
Appendicitis s. Blinddarmentzün-  
dung.  
Appetitlosigkeit s. Anorexie.  
Aprosexie 6.  
Aptyalismus s. Xerostomie.  
Arbeiterherz 224.  
Area Celsi s. Alopecia areata.  
Arsenexanthem 34, 40.  
Arteria centralis retinae, Embolie  
130.  
Arterienverkalkung s. Arterio-  
sklerose.  
Arthritis urica s. Gicht.  
Aspergillus s. Otomykosen, Pneu-  
monomykosen.  
Aspermatismus 256.  
Aspirationspneumonie 481.  
Astasie 1.  
Asthma humidum 80.  
Asthma, symptomatisches 43, 45.

- Asthma nervosum = A. bronchiale.  
 Atheromatosis = Arteriosklerose.  
 Atonia ventriculi s. Magenatonie.  
 Atresia hymenalis u. vaginalis 201.  
 Atrophia nervi optici s. Sehnerven-  
 atrophie.  
 Atrophie der Säuglinge 526.  
 Aufschrecken, nächtliches s. Pavor  
 nocturnus.  
 Aufstossen 144.  
 Augenbindehautentzündung s. Con-  
 junctivitis.  
 Augenlidrandentzündung s. Blephar-  
 itis.  
 Augen Neugeborener, Behandlung  
 68.  
 Austernvergiftung s. Fleischver-  
 giftung.  
 Azoospermie 256.
- Bänderzerrung** s. Verstauchung.  
**Balggeschwulst** s. Atherom.  
**Bartflechte** s. Sykosis, Trichophytia  
 profunda.  
**Basostasophobie** 1.  
**Bauchbrüche** 220.  
**Bauchfellentzündung** s. Peritonitis.  
**Bauchgeschwülste** s. Unterleibs-  
 tumoren.  
**Bauchwassersucht** s. Ascites.  
**Bechterewsche Krankheit** 556.  
**Beckenbruch** 159.  
**Belladonna** s. Atropin.  
**Bettnässen** 138.  
**Beziehungswahn** s. Paranoia chron.  
**Bienenstiche** 259.  
**Bierherz** 224.  
**Biliöse Pneumonie** 479.  
**Bilioses Typhoid** 521.  
**Bilsenkrautvergiftung** wie Atropin-  
 vergiftung.  
**Biskrabeule** s. Orientbeule.  
**Bismutum** s. Wismut.  
**Bittermandelölvergiftung** 66.  
**Bittersüßvergiftung** s. Solanin.  
**Blähungen** 156.  
**Blasenkatarrh** 103.  
**Blasenmole** s. Myxoma chorii.  
**Blattern** s. Pocken.  
**Blausucht** 222.  
**Bleichsucht** s. Chlorose.  
**Blutarmut** s. Anämie, Chlorose.  
**Bluterbrechen** s. Haematemesis.  
**Bluterguss in Gelenken** s. Hämar-  
 thros.  
**Bluterkrankheit** 205.
- Blutgeschwulst** s. Hämatom.  
**Bluthusten** 206.  
**Blutschwamm** s. Angiom.  
**Blutsturz** 206.  
**Blutvergiftung** s. Pyaemie.  
**Bothriocephalus** 55.  
**Brand** 175.  
**Brandwunden** s. Verbrennung.  
**Brechdurchfall** s. Cholera nostras  
 und infantum.  
**Brechweinsteinvergiftung** 30.  
**Brightsche Krankheit** s. Nephritis.  
**Bromexantheme** 10, 40.  
**Bromhidrosis** 246.  
**Bromformvergiftung** ähnlich wie  
 Chloroformvergiftung.  
**Bronchialkatarrh** s. Bronchitis.  
**Bronchiolitis** 43, 78.  
**Bronchitis crouposa** und pseudo-  
 membranacea s. B. fibrinosa.  
**Bronchitis sicca** 79.  
**Bronchoblennorrhoe** 79.  
**Bronchopneumonie** s. Pneumonia  
 katarrhalis.  
**Bronchorrhoe** s. Bronchitis chron.  
**Bronchostenosen** s. Bronchial-  
 stenosen.  
**Bronzekrankheit** = Addison.  
**Brucheinklemmung** s. Hernia  
 incarcerata.  
**Brüche** s. Frakturen, Hernien.  
**Brustbräune** s. Angina pectoris.  
**Brustdrüsenentzündung** s. Mastitis.  
**Brustfellentzündung** s. Pleuritis.  
**Brustkrebs** s. Mammageschwülste.  
**Brustwassersucht** s. Hydrothorax.  
**Bubonen** 337.  
**Bulimie** 343.
- Calabarbohnen** s. Physostigmin.  
**Cachexie pachydermique** =  
 Myxoedem.  
**Callositas** s. Hühneraugen, Tylositas.  
**Carcinoma cutis** 85.  
**Cardialgie** s. Gastralgie.  
**Catarrhe** sec. 79.  
**Catarrhus aestivus** 233.  
**Cephalaea, Cephalgie** s. Kopf-  
 schmerzen.  
**Cerebellare Ataxie** 1, 46.  
**Cerumen** s. Ohrschmalzpfropf.  
**Cervixcarcinom** 73.  
**Cestoden** s. Bandwürmer.  
**Chiragra** s. Gicht.  
**Chromhidrosis** 446.  
**Chinae flores** s. Santonin.

Chlorakne 10.  
 Cholangitis, Cholecystitis, Cholelithiasis 173.  
 Cholera infantum 525.  
 Cholerine 91.  
 Cholesteatom 138, 411.  
 Chorioepithelioma malignum = Syncytioma malignum.  
 Cicuta virosa - Vergiftung ähnlich wie Strychninvergiftung.  
 Claustrophobie 467.  
 Cirrhosis hepatis s. Lebercirrhose.  
 Clavi s. Hühneraugen.  
 Clavi syphilitici 312.  
 Colica flatulenta 156.  
 Combustio s. Verbrennung.  
 Commotio cerebri s. Gehirnerschütterung.  
 Congelatio s. Erfrierung.  
 Conjunctivitis gonorrhoeica s. Blennorrhoe.  
 Conjunctivitis granulosa s. C. follicularis und Trachom.  
 Conjunctivitis katarrhalis s. C. simplex.  
 Conjunctivitis phlyktaenulosa, scrofulosa s. Phlyktaene.  
 Conjunctivitis trachomatosa s. Trachom.  
 Contractures 28.  
 Cor adiposum s. Fettherz.  
 Corpora aliena s. Fremdkörper.  
 Coriza s. Rhinitis.  
 Creeping disease = Larva migrans.  
 Crista septi narium 386.  
 Cucullarislähmung 3.  
 Cyanhidrosis 446.  
 Cyankaliumvergiftung s. Blausäure.  
 Cyclothymie = manisch depressives Irresein.  
 Cystadenom 431.  
 Cytisinvergiftung ähnlich wie Strychninvergiftung.

Darmatonie s. Darminsuffizienz.  
 Darminvagination 253.  
 Darmfistel 58.  
 Darmkatarrh s. Enteritis.  
 Darmkolik 284.  
 Darmlähmung s. Ileus.  
 Darmsenkung s. Enteroptose.  
 Darmverengerung 252.  
 Darmverletzungen 59.  
 Darmverschluss 252.  
 Datura stramonium 48.  
 Debilität s. Schwachsinn.

Debilitas cordis s. Herzmuskelinsuffizienz.  
 Deciduoma malignum s. Syncytioma.  
 Deferentitis 171.  
 Delhibeule s. Orientbeule.  
 Delirium tremens 13.  
 Dementia acuta s. Stupor.  
 Dementia hebephrenica s. Hebephrenie.  
 Dementia secundaria 112.  
 Dementia traumatica s. traumatische Psychose.  
 Dérangement interne 361.  
 Dermatitis papillaris capillitii 10.  
 Dermatomyositis 376.  
 Dermoide 431.  
 Deviatio septi narium s. Nasenscheidewand, Anomalien.  
 Diphthongie 214.  
 Diplakusis 292.  
 Dipsomanie 14.  
 Distorsion s. Verstauchung.  
 Doehmius = Ankylostoma.  
 Doppelbilder 50.  
 Druckbrand 109.  
 Duchenne-Aran'sche Krankheit 371.  
 Ductus Botalli, Offenbleiben 222.  
 Ductus omphaloentericus, Fisteln 58.  
 Duodenalgeschwür s. Ulcus duodeni.  
 Dysarthrie 559.  
 Dysbasia intermittens arteriosklerotica 36.  
 Dysmenorrhoea membranacea 132.  
 Dyspepsie der Säuglinge 524.  
 Dysphonia spastica 156.  
 Dyspraxia arteriosklerotica intermittens intestinalis 36.  
 Dystrophia muscularis 371.

Eicheltripper s. Balanoposthitis.  
 Eierstock- s. Ovarial-.  
 Eierstockentzündung s. Oophoritis.  
 Eileiterentzündung s. Salpingitis, Pyosalpinx.  
 Eileiterschwangerschaft 149.  
 Eingeklemmter Bruch 218.  
 Eingewachsener Nagel 602.  
 Eisenhut s. Aconitin.  
 Ekzema marginatum 587.  
 Ekzema seborrhoeicum 540.  
 Elephantiasis vulvae s. Vulvahypertrophie.  
 Emphysem s. Haut-, Lungenemphysem.  
 Empyem s. Kieferhöhlen-, Siebbein-, Stirnhöhleneiterung, Pleuraempyem.

Encephalopathia saturnina 67.  
 Endokarditis chronica s. Herzklappenfehler.  
 Endometritis septica 498.  
 Englische Krankheit s. Rachitis.  
 Entbindungslähmung 478.  
 Enterokatarrrh der Säuglinge 525.  
 Enteritis membranacea und mucosa s. Myxoneurosis intestinalis.  
 Epididymitis 236.  
 Epispadie 248.  
 Epistaxis s. Nasenbluten.  
 Epitheliom s. Cancroid, Molluscum contagiosum.  
 Epytyphlitis s. Blinddarmentzündung.  
 Erbsche Lähmung 477.  
 Erbgrind 153.  
 Erektionen 398.  
 Ergotivergiftung s. Mutterkorn.  
 Erntegrasmilbe s. Leptus.  
 Erstickung s. Asphyxie.  
 Erythema nodosum syphiliticum 313.  
 Erythema vacciniforme syphiloides = Dermatitis vacciniformis.  
 Erythropholie 467.  
 Eserin s. Physostigmin.  
 Exhibitionismus 544.  
 Extractum Filicis-Vergiftung 152.

Fallsucht s. Epilepsie.  
 Febris recurrens s. Rückfallfieber.  
 Federnder Finger 535.  
 Fehlgeburt s. Abort.  
 Feigwarzen s. Condylomata.  
 Fetischismus 544.  
 Fettgeschwulst s. Lipom.  
 Feuermal s. Naevus, Angiom.  
 Filzläuse 448.  
 Fingerhutvergiftung s. Digitalis.  
 Fischvergiftung 156.  
 Fistula ani s. Mastdarmfistel  
 Flecktypus s. Typhus exanthematicus.  
 Fliegenschwamm s. Pilzvergiftung.  
 Flimmerskotom 215.  
 Folliculitis agminata trichophytica = Trichophytia profunda.  
 Folliculitis barbae = Sykosis simplex.  
 Folliculitis paraurethralis = Paraurethritis.  
 Framboesia syphilitica 313.  
 Friedreichsche Krankheit 47.  
 Frostbeulen s. Perniones.  
 Fruchtretention s. missed abortion.  
 Frühgeburt s. Abort.

Frühjahrskatarrrh 233.  
 Fungus articuli 187.  
 Fungus umbilici 378.  
 Furunkel im Ohr 421.  
 Fussgeschwür s. Ulcus cruris.  
 Fusslagen 60.  
 Fusschweiss 246.

Gangraena pulmonum s. Lungenangrän.  
 Gangraena symmetrica s. Raynaud.  
 Gangraena uteri puerperalis s. Metritis dissecans.  
 Gastrektasie s. Magenerweiterung.  
 Gastropiose 137.  
 Gastrosuccorrhoe s. Magensaftfluss.  
 Gastroxynsis s. Magensaftfluss.  
 Gaumenmandelabscess s. Peritonisillitis.  
 Gaumenspalte s. Palatoschisis.  
 Gebärmutter- s. Uterus-, Metro-, Cervical-, Metritis, Endometritis, Inversio.  
 Gefässverkalkung s. Arteriosklerose.  
 Gehirnblutung 32.  
 Gehirnentzündung 130, 277.  
 Gehirnerweichung s. Encephalomalacie, Dementia paralytica.  
 Gehirnhautentzündung s. Meningitis.  
 Gehirnsyphilis s. Lues cerebrospinalis.  
 Gehörgang äusserer s. Otitis externa.  
 Gelbgiesserkrankheit 621.  
 Gelbsucht s. Ikterus.  
 Gelenkentzündung s. Arthritis, Polyarthritis.  
 Gelenkerguss s. Arthritis, Haemarthros, Hydrops articularis.  
 Gelenkrheumatismus s. Polyarthritis.  
 Genickstarre epidemische 359.  
 Gerliersche Krankheit 540.  
 Gerstenkorn 239.  
 Gesichtschmerz s. Trigemini-neuralgie.  
 Giessfieber 621.  
 Gingivitis s. Stomatitis.  
 Glénardsche Krankheit s. Enteropiose.  
 Gliederstarre, angeborene spastische = Little'sche Krankheit.  
 Glioma retinae 49.  
 Gliomatosis spinalis 572.  
 Glossitis s. Zungenentzündung.  
 Glotzaugenkrankheit s. Basedow.  
 Goitre exophthalmique s. Basedow.  
 Goldregenvergiftung ähnlich wie Strychninvergiftung.

- Gonagra s. Gicht.  
 Gonitis s. Arthritis, Gelenktuber-  
 kulose.  
 Granularatrophie 301.  
 Graphospasmus = Schreibkrampf  
 62.  
 Graves disease = Basedow.  
 Graviditätspsychosen 500.  
 Grawitzsche Tumoren 402.  
 Grippe s. Influenza.  
 Grössenwahn s. Dementia paraly-  
 tica, Paranoia chronica.  
 Grubengas s. Kohlensäure, Schwefel-  
 wasserstoff.  
 Grüner Star s. Glaukom.  
 Grünspan s. Kupfer.  
 Grützbeutel s. Atherom.  
 Gürtelrose s. Herpes zoster.
- Haarkopf** s. Trichocephalus.  
 Haemathidrosis 446.  
 Haematocele 149, 433.  
 Haematom 72, 203, 410.  
 Haemorrhagia cerebri s. Apoplexie.  
 Hagelkorn 88.  
 Halbseitenläsion d. Rückenmarks 82.  
 Halluzinationen 546.  
 Halluzinatorisches Irresein =  
 Amentia.  
 Halluzinose = Amentia.  
 Halluzinose, akute d. Trinker 13.  
 Halsentzündung s. Angina.  
 Hanotsche Cirrhose 311.  
 Harnröhrentzündung s. Urethritis.  
 Harnruhr s. Diabetes.  
 Harnsaure Diathese s. Gicht.  
 Harnträufeln s. Enuresis, Inconti-  
 nentia urinae.  
 Harnverhaltung s. Anurie, Blasen-  
 krampf.  
 Hautkrebs s. Cancroid, Endotheliom.  
 Heine-Medinsche Krankheit 278.  
 Heiss hunger s. Bulimie 343.  
 Helvella s. Pilze.  
 Hemianopsie s. Gesichtsfeld-  
 störungen.  
 Hepatitis chronica interstitialis s.  
 Lebercirrhose.  
 Herbstkatarrh s. Heuschnupfen.  
 Herbstzeitlose s. Colchicin.  
 Hérédoatxie cérébelleuse 47.  
 Herpes labialis s. Herpes faciei.  
 Herpes tonsurans s. Trichophytia,  
 Mikrosporrie.  
 Herzbeutelentzündung s. Perikar-  
 ditis.
- Herzbeutelwassersucht s. Hydro-  
 perikardium.  
 Herzdilatation 223.  
 Herzmuskelentzündung s. Myokar-  
 ditis.  
 Herzschwäche s. Herzmuskel-  
 insuffizienz.  
 Herzschwäche, nervöse 231.  
 Herzwunden 83.  
 Hexenschuss s. Lumbago.  
 Highmorshöhlenempyem s. Kiefer-  
 höhleneiterung.  
 Hitzblätterchen s. Miliaria.  
 Hodgkinsche Krankheit s. Pseudo-  
 leukämie.  
 Höllestein s. Argentum nitricum.  
 Hohler Rücken 311.  
 Holzbock 264.  
 Homosexualität 544.  
 Hornhautentzündung s. Keratitis.  
 Hornhautgeschwülste 49.  
 Hornhautgeschwüres. Ulcus corneae.  
 Hüftgelenkentzündung 100.  
 Hundewurm s. Echinococcus.  
 Hungertyphus 594.  
 Huntingtonische Chorea s. Chorea  
 chron. hereditaria.  
 Hyarthros s. Hydrops articularis.  
 Hydrocephaloid 525.  
 Hydrometra 505.  
 Hydromyelus 572.  
 Hydrophobie 580, 618.  
 Hydrops vesicae felleae 173.  
 Hydrosalpinx s. Pyosalpinx.  
 Hygrom s. Bursitis, Ganglion.  
 Hyoscyamus s. Atropin.  
 Hyperacidität s. Superacidität.  
 Hyperchlorhydrie s. Superacidität.  
 Hyperemesis gravidarum 143.  
 Hypernephrome 402.  
 Hypersecretio acida s. Magensaft-  
 fluss.  
 Hypopyon-Keratitis s. Ulcus cor-  
 neae serpens.  
 Hyposmie 149.  
 Hypostatische Pneumonie 321.
- Jaborandi** s. Pilocarpin.  
 Jackson-Epilepsie 139.  
 Jodexantheme 10, 40, 259.  
 Jugendirresein s. Dementia praecox.
- Ideenflucht s. Delirien, Manie.  
 Idiotie 536.  
 Illusionen 546.

Imbezillität 536.  
 Impetigo syphilitica 312.  
 Inanitionsdelirien 110.  
 Infarkte s. Embolien, Lungen- etc.  
 Initialsklerose s. Ulcus durum.  
 Insertio velamentosa 73.  
 Insolatio s. Hitzschlag, Sonnenstich.  
 Insomnie s. Schlaflosigkeit.  
 Insufficiencia s. Herz- etc.-Insuffizienz.  
 Insuffizienz der Mm. interni 43, 50.  
 Intercalarstaphykom 195.  
 Intermittens s. Malaria.  
 Intermittierendes Hinken 36.  
 Intussusception s. Invagination 253.  
 Invagination 253.  
 Iridochorioiditis 261.  
 Irritable testis s. Hoden neuralgie.

Käsevergiftung s. Fleischvergiftung.  
 Kachexia strumipriva s. Myxoedem.  
 Kalkverätzung des Auges 53.  
 Kartoffel s. Solanin.  
 Katalepsie 267.  
 Kataracta accreta 261.  
 Kehlkopfkatarrh s. Laryngitis.  
 Kehlkopflähmungen s. Stimmbandlähmungen.  
 Kehlkopfoedem s. Glottisoedem.  
 Keratitis bullosa, dendritica 220.  
 Keratitis fascicularis s. Pannus.  
 Keratitis interstitialis = K. parenchymatosa.  
 Keratitis superficialis s. Hornhautinfiltrat, Pannus, Phlyktaene.  
 Keratosis pilaris rubra s. Lichen pilaris.  
 Kerion Celsi = Trichophytia profunda.  
 Kindbettfieber s. Puerperalfieber.  
 Klappenfehler s. Herzklappenfehler.  
 Klavierspielerkrampf 62.  
 Kleesäure s. Oxalsäure.  
 Kleiderläuse s. Pediculi vestimenti.  
 Kleienflechte s. Pityriasis versicolor.  
 Kloakengas s. Schwefelwasserstoff.  
 Klumpkese Lähmung 478.  
 Knickfuss 472.  
 Kniegelenkerguss s. Hydrops articularis.  
 Knochenbrüche s. Frakturen.  
 Knochenhautentzündung s. Periostitis.  
 Knochenmarkentzündung s. Osteomyelitis.  
 Königswasser s. Schwefelsäure.

Koilonychie 380.  
 Korkkörnervergiftung ähnlich wie Strychnin.  
 Kolica mucosa 378.  
 Kollaps 228.  
 Kolpohyperplasia cystica 285.  
 Kongestionen 185.  
 Kongestionsabscess s. Senkungsabscess.  
 Kopfgeschwulst 86.  
 Korpulenz s. Fettsucht.  
 Kotabscess 109.  
 Koterbrechen s. Ileus.  
 Krämpfe bei Kindern s. Eklampsia infantum, spasmophile Diathese.  
 Krätze s. Scabies.  
 Krampfadernbruch s. Varicocele.  
 Krampfadern s. Varicen.  
 Krampfwehen s. Wehenanomalien.  
 Krebs s. Carcinom, Sarkom.  
 Kreosot- und Kresolvergiftung, ähnlich wie Carbonsäurevergiftung.  
 Kretinismus sporadischer s. Myxoedem.  
 Kriegstypus 594.  
 Krisen s. Tabes.  
 Kropf s. Struma.  
 Kropfherz 58, 224, 229.  
 Kropftod 567, 583.

Labium leporinum s. Hasenscharte.  
 Lactationspsychosen 500.  
 Laënnecsche Cirrhose 301.  
 Läuse s. Pediculi.  
 Laryngismus stridulus s. Glottiskrampf.  
 Laryngitis hypoglottica s. Croup.  
 Laryngospasmus s. Glottiskrampf.  
 Larynxkrisen s. Tabes.  
 Larynxoedem 197.  
 Leberflecke s. Chloasma.  
 Leberverletzungen 59.  
 Lederhautentzündung s. Episkleritis.  
 Leibscherzen 284.  
 Leichdorn s. Hühneraugen.  
 Leistenbrüche 218.  
 Leistendrüsenentzündung s. Lymphadenitis inguinalis.  
 Lentigines 138.  
 Leptomenigitis s. Meningitis.  
 Leuchtgasvergiftung 283.  
 Leukanämie 20.  
 Leukoderma 313.  
 Leukonychie 380.  
 Leukopathia unguium 380.

- Leukorrhoe 285.  
 Lichen pilaris 250.  
 Lichen simplex acutus = Prurigo simplex.  
 Lichen strophulus = Strophulus infantum.  
 Lichen syphiliticus 312.  
 Lichen urticatus = Prurigo simplex  
 Linea alba, Hernien 218.  
 Lingua geographica s. Leukoplakia oris.  
 Lochiometra s. Puerperalfieber.  
 Lorchel s. Pilze.  
 Luftröhrenkatarrh s. Tracheitis.  
 Lungenblähung 319.  
 Lungenbrand s. Lungengangrän.  
 Lungencirrhose s. Pneumonia interstitialis.  
 Lungenechinococcus 321.  
 Lungenentzündung s. Pneumonie.  
 Lungeninfarkt 318.  
 Lungenkrebs 321.  
 Lungenspitzenkatarrh 323.  
 Lungenverletzungen 82.  
 Lungenschwindsucht s. Lungentuberkulose.  
 Lupus follicularis 11.  
 Lustmord 544.  
 Luxatio antibrachii 330, 331.  
   "  claviculae 334.  
   "  coxae 332, 333.  
   "  digitorum 331.  
   "  genu 333.  
   "  humeri 334.  
   "  ileopubica 332.  
   "  iliaca 332.  
   "  infrapubica 332.  
   "  infracotyloidea 332.  
   "  ischiadica 332.  
   "  mandibulae 336.  
   "  manus 332.  
   "  obturatoria 332.  
   "  patellae 334.  
   "  perinealis 332.  
   "  pollicis 331.  
   "  radii 331.  
   "  scapulae 334.  
   "  supracotyloidea 332.  
   "  ulnae 331.  
 Lymphoderma perniciosum =  
   Leukaemie der Haut.  
 Lymphome s. Lymphadenitis,  
   Lymphoma malignum, Lymphosarkom.  
 Lysolvergiftung wie Carbolsäure.  
 Lyssa s. Wutkrankheit.  
 Madelung'scher Fetthals 309.  
 Mädchenstecher 544.  
 Magenabscess 179.  
 Magenblutung s. Haematemesis, Ulcus ventriculi.  
 Magendarmkatarrh s. Gastritis und Enteritis.  
 Magenfistel 58.  
 Magen Geschwür s. Ulcus ventriculi.  
 Magenhypermotilität 343.  
 Magenkatarrh s. Gastritis.  
 Magenkrampf s. Gastralgie, Koliken.  
 Magenschleimhaut, Atrophie s. Achylia gastrica.  
 Magenschmerzen s. Gastralgie, Koliken.  
 Magenenkung s. Gastropiose.  
 Magenverletzungen 59.  
 Maliasmus s. Rotz.  
 Malleolenfraktur 165.  
 Malleus s. Rotz.  
 Mammaentzündung s. Mastitis.  
 Mandelabscess s. Peritonsillitis.  
 Mandeln s. Gaumenmandeln, Rachenmandeln, Angina.  
 Mandelpfropfe 157, 179.  
 Maniakalische Delirien 144.  
 Mariesche Krankheit 11, 566.  
 Masochismus, 544.  
 Mastdarmentzündung s. Proktitis.  
 Mastdarmkrebs s. Darmkrebs.  
 Mastdarmpripper s. Gonorrhoea recti.  
 Masticatorischer Gesichtskrampf s. Kieferklemme.  
 Masturbantenherz 224, 229.  
 Masturbation s. Neurasthenia sexualis, Onanie.  
 Medulla oblongata, Geschwülste 185.  
 Megacolon congenitum s. Hirschsprungsche Krankheit.  
 Mehlährschaden 524.  
 Meningocele 555.  
 Mennigevergiftung s. Blei.  
 Menopause 362.  
 Menorrhagie 73, 362.  
 Mercurialismus s. Quecksilbervergiftung, chronische.  
 Methämoglobinurie 204.  
 Metrorrhagien 73.  
 Miesmuschelvergiftung s. Fleischvergiftung.  
 Migräne 215.  
 Milchnährschaden 523.  
 Milzabscess 366.  
 Milzverletzungen 60.  
 Minergasvergiftung 283.

Mirbanöl 405.  
 Miserere s. Ileus.  
 Mitesser s. Comedones.  
 Mitralfehler 226.  
 Mittelohrkatarrh s. Otitis media.  
 Mittelohrsklerose s. Otosklerose.  
 Morbilli s. Masern.  
 Morbus coeruleus 222.  
 Morbus maculosus Werlhofii 71.  
 Morchelvergiftung s. Pilze.  
 Morpiones = Pediculi pubis.  
 Morvansche Krankheit 573.  
 Mückenstich 259.  
 Mumps s. Parotitis epidemica.  
 Mundbodenabscess 466.  
 Mundentzündung s. Stomatitis.  
 Mundfäule 564.  
 Mundsperrre s. Kieferklemme.  
 Mundtrockenheit s. Xerostomie.  
 Mus articularis s. Gelenkmaus.  
 Muscarinvergiftung s. Pilze.  
 Muschelvergiftung s. Fleischvergiftung.  
 Muskelentzündung s. Myositis.  
 Muskelhernie 373.  
 Mutismus 559.  
 Muttermal s. Angiom, Naevus.  
 Myalgie s. Muskelrheumatismus.  
 Myasthenische Paralyse 496.  
 Myelom 497.  
 Myelomeningocele 555.  
 Myodegeneratio cordis s. Myokarditis.  
 Myoklonie s. Paramyoklonus multiplex.  
 Myringitis s. Otitis media.  
 Mytilusvergiftung s. Fleischvergiftung.  
 Nabelbruch 220.  
 Nachtschatten s. Solanin.  
 Nägelesche Obliquität 614.  
 Narkoselähmung s. Nervenverletzungen.  
 Nasale Reflexneurosen 45.  
 Nasenmuscheln, Hypertrophie 516.  
 Nebenhoden s. Hoden.  
 Nebennierengeschwülste 402.  
 Nephrolithiasis s. Nierensteine.  
 Nervenfieber s. Typhus abdominalis.  
 Nervosität s. Neurasthenie.  
 Nesselfieber s. Urticaria.  
 Netzhautblutungen s. Retinitis haemorrhagica.  
 Netzhautentzündung s. Retinitis.  
 Neuralgia femoralis s. Ischias antica.  
 Neuralgia ischiadica s. Ischias.

Neuritis acustica 4.  
 Neuritis nervi optici s. Sehnervenentzündung.  
 Neuritis retrobulbaris s. Sehnervenentzündung, retrobulbäre.  
 Neurodermitis chron. circumscripta = Lichen simplex chronicus.  
 Neurofibrome 155.  
 Neuroretinitis = Neuritis n. optici + Retinitis.  
 Nierenabscess 503.  
 Nierenbeckenentzündung s. Pyelitis.  
 Nierenentzündung s. Nephritis.  
 Nierenschwumpfung s. Nephritis chronica.  
 Niesswurz s. Veratrin.  
 Nisbethscher Schanker s. Bubonulus.  
 Nitritvergiftung s. salpetrige Säure.  
 Nux vomica s. Strychnin.  
 Nyktalopie s. Hemeralopie.

O-Beine 189.  
 Obesitas s. Fettsucht.  
 Obliteratio perikardii s. Symphysis perikardiaca.  
 Oclusio pupillae 261.  
 Oculomotoriuslähmung 50 ff.  
 Oedeme 243.  
 Oesophagospasmus s. Oesophagismus.  
 Otitis interna s. Acusticus- und Labyrinthkrankungen.  
 Ohnmacht 183.  
 Ohrentzündung s. Otitis.  
 Ohrenfluss s. Otitis media.  
 Ohrfurunkel 421.  
 Ohrmuschelknorpelentzündung s. Perichondritis conchae.  
 Ohrschwindel s. Ménière.  
 Ohrspeicheldrüsenentzündung s. Parotitis.  
 Ohrtrompete s. Tuben.  
 Oidium s. Soor.  
 Olecranonfrakturen 161.  
 Olfactoriuslähmung s. Geruchsanomalien.  
 Oligurie s. Anurie.  
 Omphalitis 378.  
 Onychia 380.  
 Onychogryposis 380.  
 Onychomykosis 380.  
 Ophthalmoplegie 53.  
 Opiumvergiftung 368.  
 Opticus s. Sehnerv.  
 Orchitis s. Hodenentzündung.  
 Orthotische Albuminurie 12, 393.



Osteoarthropathie 11.  
 Osteochondritis syphilitica 315.  
 Osteomalazisches Becken 133.  
 Otagie 415.  
 Othämatom 410.  
 Ovarialgie, Ovarie s. Ovarialneur-  
 algie.  
 Pädatrie 526.  
 Pagets disease 348.  
 Palatoschisis s. Gaumenspalte.  
 Pankreasverletzungen 59.  
 Papillitis, s. Sehnervenzündung,  
 Stauungspapille.  
 Parageusie s. Geschmacksanomalien.  
 Parakusis Willisii 429.  
 Paralyse s. Lähmungen, Dementia  
 paralytica.  
 Paraplegie 293.  
 Parkinsonsche Krankheit =  
 Paralysis agitans.  
 Paronychie 381.  
 Parorexie 343.  
 Pathologischer Rausch 12.  
 Paukenhöhlenblutung s. Haemo-  
 tympanum.  
 Peitschenwurm s. Trichocephalus.  
 Peliosis rheumatica 71.  
 Pemphigus syphiliticus 315.  
 Perikardialverwachsung s. Media-  
 stinoperikarditis, Symphysis peri-  
 kardiaca.  
 Perimetritis s. Pelveoperitonitis.  
 Periphlebitis s. Thrombophlebitis.  
 Peristaltische Unruhe des Magens  
 343.  
 Peritonitis puerperalis s. Puerperal-  
 feber.  
 Perityphlitis s. Blinddarmentzündung.  
 Perlèche 153.  
 Perlgeschwulst s. Ohrgeschwülste,  
 Ohrcholesteatom.  
 Perniones 170.  
 Peroneuslähmung 262.  
 Pertussis s. Keuchhusten.  
 Perverser Geschlechtstrieb s.  
 Sexualperversionen.  
 Pes calcaneus 202.  
 „ equinus 556.  
 „ planovalgus 472.  
 „ varus 281.  
 Petroleum s. Benzin.  
 Pfortaderentzündung s. Pylephlebitis.  
 Pfortaderstauung s. Hämorrhoiden,  
 Plethora, Lebercirrhose, Ascites,  
 Pfortaderthrombose.

Pfriemenschwanz s. Oxyuris.  
 Phenacetinvergiftung ähnlich wie  
 Anilinvergiftung.  
 Phenol = Carbonsäure.  
 Phlebektasien s. Varicen.  
 Phlebitis s. Thrombophlebitis.  
 Phlycténose récidivante des extré-  
 mités (Andry) = Akroderma-  
 titis continua suppurativa.  
 Phrenicuslähmung s. Zwerchfell-  
 lähmung.  
 Pthirus pubis s. Pediculi pubis.  
 Pthiosis mucosae ventriculi =  
 Achylia gastrica.  
 Pthiosis pulmonum s. Lungentuber-  
 kulose.  
 Pikrotoxinvergiftung ähnlich wie  
 Strychninvergiftung.  
 Pityriasis capitis s. Alopecia fur-  
 furacea.  
 Pityriasis faciei 540.  
 Pityriasis rubra pilaris 308.  
 Pityriasis tabescentium 540.  
 Placentarhaftstelle, Erschlaffung  
 605.  
 Plaques muqueuses 25, 313.  
 Plattes Becken 132.  
 Platzangst 467.  
 Pleurageschwülste 321.  
 Pleuroperikarditis s. Mediastinoperi-  
 karditis.  
 Plica polonica 128, 447.  
 Pneumonia caseosa s. Lungentuber-  
 kulose.  
 Pneumonia crouposa s. P. fibrinosa.  
 Pneumonia lobaris = P. fibrinosa.  
 Pneumonia lobularis = P. katarrha-  
 lis.  
 Podagra s. Gicht.  
 Polienccephalitis acuta 130. 277.  
 Polycythaemia hypertonica 473.  
 Polyomyelitis anterior acuta 277.  
 Polyhydrämie = Hydramnios.  
 Polymyositis 376.  
 Polyneuritis 400.  
 Polyneuritische Psychose = Kor-  
 sakow.  
 Polysarcia adiposa s. Fettsucht.  
 Pottsches Übel s. Spondylitis.  
 Presbyophrenie 114.  
 Priapismus 398.  
 Progressive Paralyse s. Dementia  
 paralytica.  
 Prolapsus s. Mastdarm-, Scheiden-  
 vorfall.  
 Prosopalgie s. Trigeminusneuralgie.  
 Pseudoangina pectoris 24, 227, 232.

Pseudocroup 101.  
 Pseudohypertrophie 371, 372.  
 Pseudologia phantastica 110.  
 Pseudoparalysis syphilitica neonatorum 315.  
 Pseudopélide = Alopecia atrophicans.  
 Psoriasis syphilitica 311.  
 Psoriasis unguium 381.  
 Psychopathische Konstitution s. Degeneratives Irresein, Neurasthenie, Hysterie, Moral insanity, Schwachsinn, Minderwertigkeit geistige.  
 Ptyalismus s. Speichelfluss.  
 Pulmonalstenose 222.  
 Purpura haemorrhagica 71.  
 Pustula maligna s. Milzbrand.  
 Putrescentia uteri s. Puerperalfieber.  
 Pyarthros s. Arthritis purulenta.  
 Pylorusinsuffizienz 343.  
 Pyonephrose s. Pyelonephritis purulenta, Hydronephrose.  
 Pyopneumothorax s. Pneumothorax.  
 Quartalsäuer 14.  
 Quinckesche Krankheit = Hautoedem, akutes umschriebenes.  
 Rabies s. Wutkrankheit.  
 Rachenmandel, Hyperplasie s. adenoiden Vegetationen.  
 Rattengift s. Strychnin.  
 Rausch, pathologischer 12.  
 Rectalgonorrhoe s. Gonorrhoea rectalis.  
 Recurrens s. Rückfallfieber.  
 Recurrenslähmung 563.  
 Regenbogenhautentzündung s. Iritis.  
 Regurgitation 144.  
 Reichmannsche Krankheit = Magensaftfluss.  
 Reitknochen 148.  
 Ren mobilis 137.  
 Rhagaden s. aufgesprungene Hände und Lippen.  
 Rheumatismus articularum s. Polyarthritus rheumatica.  
 Rheumatoide 489.  
 Rhinitis atrophicans s. Ozaena.  
 Rhinophyma 9.  
 Rhinosklerom s. Sklerom.  
 Rindenepilepsie s. Epilepsie.  
 Rippenfellentzündung s. Pleuritis.

Rose s. Erysipel.  
 Rubeolae s. Röteln.  
 Ructus s. Eructatio.  
 Rückenmarksblutung 204.  
 Rückenmarksentzündung s. Myelitis, Poliomyelitis, Kinderlähmung.  
 Rückenmarkssyphilis s. Lues cerebrospinalis.  
 Rückenmarkschwindsucht s. Tabes.  
 Ruhr s. Dysenterie.  
 Rupia syphilitica 312.

Sabadillsamen s. Veratrin.  
 Sackniere 243, 503.  
 Sadismus s. Sexualperversionen.  
 Sangerknötchen 268.  
 Salaamkrämpfe s. Nicckrämpfe.  
 Salivatio s. Speichelfluss.  
 Salmiakgeist s. Ammoniak.  
 Salpetersäurevergiftung 537.  
 Salzsäurevergiftung 537.  
 Samenblasenentzündung s. Spermatozystitis.  
 Samenfluss s. Spermatorrhoe.  
 Samenstrangentzündung s. Funiculitis.  
 Sarcoma cutis s. Hautsarkome,  
 Sarkomphalus s. Nabelschwamm.  
 Satyriasis 406.  
 Scarlatina s. Scharlach.  
 Schafblattern s. Varicellen.  
 Schanker s. Ulcus durum u. molle.  
 Scheidenkatarrh s. Kolpitis.  
 Scheidenkrampf s. Vaginismus.  
 Scheidenverschluss s. Gynatresieen.  
 Scheidewasser s. Salpetersäure.  
 Scheintod s. Asphyxie.  
 Schenkelbruch 163, 218.  
 Schielen s. Strabismus.  
 Schierlingvergiftung 96.  
 Schimmelpilze s. Otomykosen, Pneumonomykosen.  
 Schlafähmung 395.  
 Schlaflaffes Gelenk 534.  
 Schlafwandeln 104.  
 Schlaganfall s. Apoplexie.  
 Schlangenbiss 62.  
 Schlauchlähmung 395.  
 Schleimbeutelentzündung s. Bursitis.  
 Schlingbeschwerden s. Dysphagie.  
 Schluckpneumonie 481.  
 Schluchzen s. Singultus.  
 Schnupfen s. Rhinitis.  
 Schreibkrampf 62.  
 Schrumpfnieren s. Nephritis chronica.  
 Schüttellähmung s. Paralysis agitans.

- Schuppen s. Alopecia furfuracea.  
 Schuppenflechte s. Psoriasis.  
 Schwämme s. Pilze.  
 Schwangerschaftsniere 395.  
 Schwarzwasserfieber 346.  
 Schweiß, vermehrter s. Hyperhidrosis.  
 Schweißfuß 246.  
 Schwellungskatarrh 97.  
 Schwielen s. Tylositas.  
 Scopolaminvergiftung s. Atropin.  
 Secale s. Mutterkorn.  
 Seclusio pupillae 261.  
 Sehnscheidenentzündung s. Tendovaginitis.  
 Sehnervengeschwülste 49.  
 Sepsis s. Pyaemic, Puerperalfieber.  
 Septum narium s. Nasenscheidewand.  
 Septumdefekt des Herzens 222.  
 Sialorrhoe s. Speichelfluss.  
 Silberstolpern 559.  
 Skleritis s. Episkleritis.  
 Sklerose s. Arterio-, Oto- multiple Sklerose.  
 Sklerostoma duodenale = Ankylostoma duodenale.  
 Skoliosis ischiadica 263.  
 Sodbrennen s. Pyrosis.  
 Sommerkatarrh s. Heuschnupfen.  
 Sommersprossen s. Epheliden.  
 Sonnenstich 235.  
 Spanische Fliegen s. Cantharidin.  
 Spannungspneumothorax 82.  
 Spasmus glottidis s. Glottiskrampf.  
 Spasmus nutans s. Nickkrämpfe.  
 Spastische Gliederstarre s. Little.  
 Speckentartung s. Amyloidose.  
 Speiseröhre s. Oesophagus.  
 Spermatitis s. Funiculitis.  
 Spina septi narium s. Nasenscheidewand, Anomalien.  
 Spitzpocken s. Varicellen.  
 Splenomegalie mit Lebercirrhose s. Banti.  
 Spondylolisthetisches Becken 133.  
 Spulwurm s. Ascaris.  
 Stammeln 559.  
 Stapesankylose s. Otoklerose.  
 Star, s. Katarakta, Glaukom, Amaurose.  
 Starrkrampf s. Tetanus.  
 Staubinhalationskrankheiten s. Pneumonokoniosen.  
 Stechapfelvergiftung s. Atropin.  
 Steigbügelankylose s. Otoklerose.  
 Steinniere s. Nierensteinkrankheit.  
 Steisslagen 60.  
 Stenokardie s. Angina pectoris.  
 Sternocleidolähmung 3.  
 Stimmbandkrampf 196.  
 Stomakace s. Stomatitis ulcerosa.  
 Stottern 559.  
 Strangurie s. Dysurie, Tenesmus vesicae.  
 Stridor laryngis s. Glottiskrampf, Croup.  
 Strikturen, s. Harnröhren-, Mastdarmstrikturen, Oesophagusverengerungen.  
 Strümpfellsche Krankheit 556.  
 Stuhlverstopfung s. Obstipatio.  
 Stummheit 559, 576.  
 Stupidität 568.  
 Sturmhut s. Aconitin.  
 Sturzgeburt 617.  
 Sublimat s. Quecksilber.  
 Sudamina s. Miliaria.  
 Sulfite s. Schweflige Säure.  
 Supersecretion 569.  
 Sykosis parasitaria 588.  
 Symmetrische Gangrän s. Raynaud.  
 Synkope 42.  
 Syphilis s. Lues.  
 Tabak s. Nicotin.  
 Tabes mesaraca 109.  
 Taboparalyse 113.  
 Taeniae s. Bandwürmer.  
 Tartarus stibiatus s. Antimon.  
 Teleangiectasie s. Angioma.  
 Tenesmus vesicae 63, 125.  
 Teratome 431.  
 Thomsensche Krankheit 377.  
 Thoracicus longus, Lähmung 543.  
 Thrombus vulvae s. Haematoma vulvae.  
 Tic convulsif 151.  
 Tic douloureux 590.  
 Tic impulsif s. Tickkrankheit.  
 Tobsucht 144.  
 Tollkirsche s. Atropin.  
 Tonsillarabscess s. Peritonsillitis.  
 Tonsillen s. Gaumenmandeln, Angina, Pharynxgeschwülste.  
 Torticollis s. Caput obstipum.  
 Tränensackvereiterung 105.  
 Trichophytia unguium s. Onychomykosis tonsurans 380.  
 Trichterbecken 133.  
 Tricuspidalfehler 227.  
 Trionalvergiftung wie Sulfonal.  
 Tripper s. Gonorrhoe.

- Trismus 277, 579.  
 Trochlearislähmung 52.  
 Trommelfellentzündung s. Otitis media.  
 Tropheine s. Atropin.  
 Tuben- s. auch Extrauterin-schwangerschaft, Salpingitis, Pyosalpinx.  
 Tuberculosis colliquativa = Skrofuloderma.  
 Tuberculosis cutis 213.  
 Tumor albus 187.  
 Tumor cerebri s. Gehirngeschwülste.  
 Tussis convulsiva s. Keuchhusten.  
 Typhoid, biliöses 521.  
 Typhus recurrens s. Rückfallfieber.
- Übelkeit s. Nausea.  
 Überbein 175.  
 Ulcus rodens 84.  
 Ulcus serpens s. Ulcus corneae serpens.  
 Unfallsneurose s. traumatische Neurose.  
 Unterkieferbruch 164.  
 Unterleibquetschung 59.  
 Unterleibschmerzen 284.  
 Unterleibstypus s. Typhus abdominalis.  
 Unterschenkelgeschwür s. Ulcus cruris.  
 Urachusfistel 58.  
 Urethritis s. Gonorrhoe.  
 Uridrosis 446.  
 Urolithiasis s. Blasensteine.  
 Urticaria papulo-vesiculosa s. Prurigo simplex und Strophulus.  
 Uterusvorfall s. Scheidenvorfall.  
 Uvealtrakt, Sarkom 49.
- Vaginitis s. Kolpitis.  
 Varicella syphilitica 312.  
 Variola s. Pocken.  
 Veitstanz s. Chorea.  
 Venenthrombose s. Trombophlebitis.  
 Veronalvergiftung ähnlich wie Chloralvergiftung.  
 Verstopfung s. Obstipatio.  
 Vertigo s. Schwindel.  
 Verwirrtheit, akute halluzinatorische = Amentia.  
 Vitium cordis s. Herzfehler, Herzklappenfehler.
- Vitriolöl s. Schwefelsäure.  
 Volumen pulmonum auctum s. Lungenblähung 319.  
 Volvulus 253.  
 Vomitus s. Erbrechen.  
 Vorfall s. Extremitäten-, Mastdarm-, Nabelschnur-, Scheiden-Vorfall.  
 Vorhautverengung s. Phimose.
- Wanderniere etc. 137.  
 Warzen s. Verrucae.  
 Warzenfortsatzentzündung s. Mastoiditis.  
 Wasserbruch s. Hydrocele.  
 Wasserkopf s. Hydrocephalus.  
 Wasserkrebs s. Noma.  
 Wasserpocken s. Varicellen.  
 Wasserschieferlingvergiftung ähnlich wie Strychnin.  
 Weakened heart s. Herzmuskelsuffizienz.  
 Wechselfieber s. Malaria.  
 Weichselzopf 128, 447.  
 Weilsche Krankheit 252.  
 Werlhofsche Krankheit 71.  
 Wespenstich 259.  
 Windpocken s. Varicellen.  
 Wirbelcaries s. Spondylitis.  
 Wirbelsäule s. Frakturen, Luxationen, Spondylitis,  
 Wochenbettfieber s. Puerperalfieber.  
 Wurstvergiftung s. Fleischvergiftung.
- X-Beine 189.  
 X-Fuss 472.  
 Xerosis conjunctivae s. Trachom.
- Zahnabscess, -geschwür s. Parulis.  
 Zahnextraktion, Blutungen nach 72.  
 Zahnfleischentzündung s. Stomatitis  
 Zahnkrämpfe 552.  
 Zellgewebsentzündung s. Phlegmone.  
 Ziegenpeter s. Parotitis epidemica.  
 Zirkuläres Irresein = manisch-depressives Irresein.  
 Zopfabschneider 544.  
 Zoster s. Herpes zoster.  
 Zuckergussleber s. Perihepatitis.  
 Zuckerharnruhr s. Diabetes mellitus.  
 Zuckersäure s. Oxalsäure.  
 Zungenlähmung s. Hypoglossuslähmung.  
 Zwerchfellbruch 218.



VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

# Lehrbuch der Magen- und Darmkrankheiten

---

mit besonderer Berücksichtigung  
der diätetischen und medikamentösen Therapie

bearbeitet von

**Dr. P. Rodari,**

Privatdozent an der Universität in Zürich.

*Zweite völlig umgearbeitete und bedeutend erweiterte Auflage.*

---

—— Preis Mk. 12.—. Gebunden Mk. 13.20. ——

Die in der ersten Auflage von einander räumlich getrennte Darstellung der medikamentösen und diätetischen Therapie der Magendarmkrankheiten, die bei der sonst ausgezeichneten Durchführung die Lektüre und die Orientierung für den Praktiker sehr erschwerte, ist jetzt durchgreifend geändert und in ein Lehrbuch umgewandelt worden, welches die für eine kausale Therapie unerlässlichen Abschnitte über Ätiologie, Pathologie, Symptomatologie und Diagnose der modernen Forschung entsprechend eingehend behandelt. Trotzdem liegt der Schwerpunkt und Wert des Buches unzweifelhaft in dem therapeutischen Teil, in dem logischen Heilplan, den der Autor nicht nur auf klinische Empirie, sondern auch auf experimentell-biologische Basis aufbaut. Die grosse praktische Erfahrung, die aus dem Buche spricht, und die zahlreichen eigenen Arbeiten des Autors auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten werden dem neuen Buche jenen Erfolg sichern, den es durch seine inneren Vorzüge verdient.

*Prager med. Wochenschrift.*

Das Buch Rodaris ist auf einem nicht ganz gewöhnlichen Wege zur einem „Lehrbuch“ der Magen- und Darmkrankheiten geworden. In seiner ersten Gestalt war es ein Grundriss der medikamentösen Therapie, in dem die Diagnostik nur nebenbei berücksichtigt war. Es wurde dann erweitert durch Hinzufügung der Diätetik und ist jetzt in der zweiten Auflage durch stärkere Betonung der Diagnostik und Symptomatologie zu einem vollgültigen Lehrbuch ausgestaltet worden.

Und Ref. glaubt sagen zu dürfen: zu einem guten Lehrbuch. Wenn auch der erwähnten Entstehungsgeschichte gemäss die Therapie einen besonders breiten Raum einnimmt, besonders die Rezepte mit grosser Ausführlichkeit gegeben werden, so ist doch der diagnostische Teil dadurch keineswegs zu kurz gekommen; ja einzelne Teile, wie z. B. die Lehre von der Palpation, sind mit grösserer Ausführlichkeit behandelt als in manchem grösseren Lehrbuch. Irgend etwas Wesentliches wird man kaum vermissen. Da das Buch dem Praktiker gewidmet ist, ist die Betonung der Therapie und besonders der medikamentösen Therapie sogar als Vorzug zu betrachten.

*Therap. Monatshefte.*

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

---

# Ernährung und Stoffwechsel.

In ihren Grundzügen dargestellt

von

**Dr. Graham Lusk,**

Professor der Physiologie an der Cornell-Universität in New-York.

Zweite, erweiterte Auflage.

Ins Deutsche übertragen und herausgegeben

von

**Dr. Leo Hess, Wien.**

Mit einem Vorwort von Prof. Dr. M. Rubner.

Preis Mk. 7.—, gebunden Mk. 8.—.

---

## Aus Besprechungen:

Wir Münchener haben stets lebhaft bedauert, dass unser verstorbener grosser Physiologe, Carl v. Voit, sich nicht mehr entschliessen konnte, die Lehren seines Spezialgebietes in gedrängter, dem allgemeinen Ärztepublikum leicht verständlicher Form herauszugeben. Durch Graham Lusk haben wir das vermisste Buch erhalten. Es ist dem Andenken C. v. Voits gewidmet, ganz der klaren einfachen Voitschen Weise entsprechend und von einer sympathisch berührenden Pietät gegen Voit diktiert. Dabei werden die Ergebnisse der Stoffwechselphysiologie bis in die letzten Monate hinein voll berücksichtigt, vor allem die neueren Forschungen Rubners in ausgezeichneter Klarheit dargestellt. Die Quellen werden in ausgiebiger Weise wiedergegeben, wo nur irgend möglich die Originaltabellen der verschiedensten Autoren als Beweismaterial gebracht. Trotzdem geht der Charakter der möglichst leicht fasslichen, lehrbuchmässigen Darstellung nicht verloren, auch der Stempel der Langweile, der zahlenmässigen Darlegungen so leicht aufgedrückt wird, ist vermieden. Manche Kapitel können geradezu eine spannende Lektüre genannt werden. Auch die wichtigsten Fragen der Stoffwechselpathologie (Diabetes, Gift, Fieber usw.) sind besprochen, überall wird die praktische Verwertung der theoretischen Forschung für die Ernährung des Gesunden und Kranken ausgiebig berücksichtigt, so dass das Buch gerade für den praktischen Arzt sehr geeignet ist. *Münchener med. Wochenschr.*

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

---

Soeben erschien:

# Die Sprache des Traumes.

Eine Darstellung der Symbolik und Deutung des  
Traumes in ihren Beziehungen zur kranken  
und gesunden Seele

für

Ärzte und Psychologen

von

**Dr. Wilhelm Stekel,**

Spezialarzt für Psychotherapie und Nervenleiden in Wien.

Preis Mk. 12.60, gebunden Mk. 14.—.

Der bekannte Autor liefert uns wieder eine interessante Probe seiner rastlosen Forschungsarbeit. Bekanntlich wurde die moderne Traumdeutung durch Freud begründet. Man täuscht sich aber, wenn man glaubt, dass Stekel sklavisch die Bahnen Freuds wandelt. Er kommt auf durchwegs eigenem Wege zu so überraschenden neuen Resultaten, dass man füglich behaupten kann, das Werk bilde einen Markstein in der Entwicklung der modernen Seelenforschung. Er begründet ein bisher in der Psychologie noch nicht verwertetes Prinzip, die Bipolarität aller Erscheinungen. Er zeigt, dass alles seelische Geschehen zwei Seiten hat: dass einer Liebe ein Hass, der Grausamkeit das Mitleid entspreche und führt an der Hand von 600 Traumanalysen den Beweis, wie die widersprechendsten Seelenströmungen sich beim Menschen zu einem scheinbar einheitlichen Gebilde vereinen. Das Überraschendste jedoch bildet jener Schritt, der ihn vollends von Freud trennt. Während dieser in der übergrossen Sexualität die Quelle aller neurotischen Symptome sucht, führt Stekel die Neurose auf die übergrosse Kriminalität, das heisst auf den Hass, der sich entladen will, zurück. Er weist an den Träumen der Kinder nach, dass das Kind alle kriminellen Anlagen infolge der Vererbung ausgebildet mitbringe, dass es nach dem biogenetischen Grundgesetz eine niedrige Entwicklungsstufe der Menschheit repräsentiere. Der Mensch macht die ganze Entwicklung der Menschheit durch, und da er sich aus der Verbrechernatur zum Kulturmenschen herausgebildet hat, muss das Kind diese verbrecherischen Instinkte in unverhüllter Form aufweisen. . . . Die Träume sind durchwegs in bezug zur Lebens- und Krankengeschichte des Träumers analysiert, so dass das Buch auch einen Einblick in die Tiefen des menschlichen Unbewussten und der Struktur der Neurose gestattet.

*Wiener allgem. Zeitung.*



VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

---

Grundriss zum Studium  
der  
**Geburtshilfe**

in achtundzwanzig Vorlesungen  
und 592 bildlichen Darstellungen

Von

Geh. Med.-Rat Professor Dr. **Ernst Bumm** in Berlin.

Siebente vermehrte Auflage.

—— Preis gebunden Mk. 15.—. ——

---

Lehrbuch  
der  
topographischen Anatomie  
für  
Studierende und Ärzte.

Von

**Dr. H. K. Corning,**

Professor e. o. und Prosektor an der Universität Basel.

Dritte, vollständig umgearbeitete Auflage.

Mit 667 Abbildungen, davon 420 in Farben.

—— Preis gebunden Mk. 16.60. ——

---

Taschenbuch  
der  
**Medizinisch-Klinischen Diagnostik.**

Von

**Dr. Otto Selfert,**

Professor in Würzburg.

und

**Dr. Friedr. Müller,**

Professor in München.

Vierzehnte, gänzlich umgearbeitete Auflage.

Mit 106 teilw. farbigen Abbildungen. — In Leinwand gebunden.

—— Preis Mk. 4.50. ——

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

# Über die sexuelle Konstitution und andere Sexualprobleme.

Von

**Dr. L. Loewenfeld,**  
Nervenarzt in München.

———— Mk. 6.—. Gebunden Mk. 7.—. ————

Inhalt:

Über die sexuelle Konstitution. — Erotik und Sinnlichkeit. — Die Libido  
als Triebkraft im geistigen Leben.

---

## Sexualleben und Nervenleiden.

Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs.

Von

**Dr. Leopold Loewenfeld,**  
Spezialarzt für Nervenkrankheiten in München.

*Vierte, völlig umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage.*

———— Preis Mk. 7.—. Gebunden Mk. 8.—. ————

---

## Praktischer Leitfaden

der

qualitativen und quantitativen Harn-Analyse (nebst  
Analyse des Magensaftes)

für Ärzte, Apotheker und Chemiker

von

**Prof. Dr. Sigmund Fränkel, Wien.**

Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage.

---

———— Mit 6 Tafeln. — Gebunden Mk. 2.60. ————

Vorliegenden Leitfaden, wie Verfasser bescheidenerweise sein Büchlein genannt hat, können wir Ärzten und Pharmazeuten, denen grössere Werke nicht zur Verfügung stehen und die sich nicht genauer mit den Einzelheiten der Harnanalyse beschäftigen, bestens empfehlen. In übersichtlicher klarer Weise ist alles Wissenswerte auf diesem Gebiete zusammengestellt; die Vorschriften zur Ausführung der hier in Betracht kommenden Reaktionen, soweit sie ohne chemische Wage und ohne besondere Hilfsmittel vorgenommen werden können, sind leicht verständlich angegeben und erklärt.

*Deutsche Medizinal-Zeitung.*

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

---

# Physiologische Chemie

von

Prof. Dr. **Olof Hammarsten**, Upsala.

*Siebente, völlig umgearbeitete Auflage.*

—— Preis Mk. 23.—. Gebunden Mk. 25.40. ——

Die schnelle Aufeinanderfolge der einzelnen Auflagen — der 6. Auflage folgt nach Verlauf von kaum 2 $\frac{1}{2}$  Jahren nunmehr die siebente — ist das beste Zeichen, wie grosser Wertschätzung sich das Hammarstensche Lehrbuch allgemein erfreut. Man kann aber auch wohl sagen, dass kein anderes in so übersichtlicher und so klarer, leicht verständlicher Form die mitunter recht schwierige Materie behandelt wie dieses. *Berliner klin. Wochenschrift.*

---

# Die nervösen Erkrankungen □ □ □ □ des Herzens. □ □ □ □

Von

Professor Dr. **Alexander Gibson** in Edinburgh.

—— *Zweite Auflage.* ——

Herausgegeben von

Dr. **F. Volhard** in Mannheim.

Mit 35 Abbildungen.

—— Preis Mk. 2.80. ——

---

# Die Funktionsprüfung des Darmes

vermitteltst der Probekost

ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis und ihre  
diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse.

Von

Geh. Rat Professor Dr. **Adolf Schmidt** in Halle a. S.

*Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.*

—— Mit 3 Tafeln. — Preis Mk. 3.—. ——

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

# Grundriss der pathologischen Anatomie.

Von  
Prof. Dr. **Hans Schmaus**, München.

Neunte Auflage.

Neu bearbeitet und herausgegeben  
von  
Professor Dr. **Gotthold Herxheimer**, Wiesbaden.

Mit 563 grösstenteils farbigen Abbildungen  
:: im Text und auf 17 Tafeln. ::

————— Preis geb. Mk. 18.—. —————

Es berührt gewiss alle Freunde des Schmausschen Lehrbuches tief schmerzlich, dass die neue Auflage des Werkes nicht mehr von dessen Schöpfer, welcher inzwischen durch den Tod seinen Freunden und der Wissenschaft entrissen worden ist, herausgegeben werden konnte.

Um so dankbarer ist es anzuerkennen, dass Herxheimer die neue Auflage völlig im Geiste von Schmaus gehalten hat, wenn auch entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft mehrere Kapitel einer Ergänzung und teilweiser Neubearbeitung bedurften.

Sehr erfreulich ist es, dass dem Werke 50 neue Abbildungen beigegeben wurden, welche zum leichteren Verständnis des Textes wesentlich beitragen.

Es ist nicht zu zweifeln, dass der Schmaussche Grundriss auch in Zukunft sich der gleichen Beliebtheit bei den Studierenden erfreuen wird wie bisher.

*G. Hauser i. d. Münchener med. Wochenschrift.*

---

# Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen.

Bearbeitet von  
Professor Dr. **Paul Reichel** in Chemnitz.

Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage.

——— Mit 67 Abbildungen im Text. — Preis gebunden Mk. 12.—. ———

.... Das Werk steht in seiner vorzüglichen Darstellung und Ausstattung wieder voll auf der Höhe und kann als zuverlässiger Mentor durch all die Fährlichkeiten der Nachbehandlung dem Praktiker und dem Assistenten in seinem verantwortungsvollen Amte nur angelegentlichst empfohlen werden.

*Berliner klin. Wochenschrift.*

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

# Das Asthma

## sein Wesen und seine Behandlung

auf Grund zweiundzwanzigjähriger  
:: Erfahrungen und Forschungen ::

dargestellt von

Sanitäts-Rat Dr. **W. Brügelmann**,  
Baden-Baden

konsultierender Arzt der Asthmaklinik in Südende bei Berlin.

Fünfte vermehrte Auflage.

Preis Mk. 4.80.

---

### Auszüge aus Besprechungen:

. . . . Verf. hat sich 22 Jahre lang mit dem Studium des Asthmas beschäftigt und durch Leitung einer Spezialanstalt sich auf diesem Gebiete eine Erfahrung angeeignet, wie sie kaum einem zweiten Beobachter zur Verfügung stehen dürfte, denn er hat im ganzen 2139 Asthmatiker gesehen. Das reiche kasuistische Material, welches er in seinem Buche vorführt, gibt diesem deshalb auch einen ganz hervorragenden Reiz und wir dürfen uns nicht wundern, dass das Werk bereits in fünfter Auflage erscheint. . . .

Es hat gewiss für Jeden, der sich für das behandelte Gebiet interessiert, einen grossen Wert, die Anschauungen eines Mannes kennen zu lernen, der sich so eingehend mit demselben beschäftigt hat; er wird viel Neues in dem Buche finden und einen ganz anderen Einblick in das Wesen der Erkrankung gewinnen, als er durch die bisherige Literatur und durch eigene Beobachtungen zu erlangen in der Lage war.

*Zentralblatt für innere Medizin.*

---

# Die Migräne

## (Hemicrania)

### ihre Entstehung, ihr Wesen und ihre Behandlung resp. Heilung

von

Sanitäts-Rat Dr. **W. Brügelmann**,  
Baden-Baden,

Spezial-Arzt für Asthma- und verwandte Nervenkrankheiten  
(konsultierender Arzt der Asthmaklinik zu Südende).

Preis gebunden Mk. 1.60.

---

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

Praktische Ergebnisse  
auf dem Gebiete der  
**Haut- und Geschlechtskrankheiten**

Erster Jahrgang.

Bearbeitet von

**S. Bettmann**, Heidelberg; **L. Hauck**, Erlangen; **H. Hübner**,  
Marburg; **A. Jesionek**, Giessen; **P. Linser**, Tübingen; **E.**  
**Meirowsky**, Köln a. Rh.; **E. Riecke**, Leipzig; **Fr. Siebert**,  
München; **L. von Zumbusch**, Wien.

Herausgegeben von

**A. Jesionek**, Giessen.

Preis Mk. 18.—.

---

Der Zweck des vorliegenden Unternehmens ist, dem praktischen Arzt und auch dem Spezialarzt einen Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Forschung zu geben und dabei wesentlich die Bedürfnisse der Praxis zu berücksichtigen. Die Massenhaftigkeit der literarischen Produktion lässt ein solches Unternehmen nicht nur als berechtigt, sondern geradezu als ein Bedürfnis erscheinen. In zusammenfassenden und in sich abgeschlossenen Besprechungen bringen die Referenten (denn Jesionek ist von einem Stabe der tüchtigsten Mitarbeiter unterstützt) zu dem objektiven Berichte auch die persönliche Stellungnahme zu den verschiedenen behandelten Themen zum Ausdruck. Wir wünschen dem neuen und eigenartigen Werke guten Erfolg und sehen dem nächsten Jahrgang mit angenehmer Erwartung entgegen.

*Münchener mediz. Wochenschrift.*

---

Über das  
**Eheliche Glück.**

Erfahrungen, Reflexionen und Ratschläge  
eines Arztes.

Von Dr. med. **L. Loewenfeld** in München.

Zweite Auflage. Mk. 5.—. *Biegsam gebunden.*

Ein wissender Praktiker spricht auf Grund reicher Erfahrungen in diesem Werke mit einer Delikatesse, die ihm ermöglicht, auch die heikelsten Probleme zu erörtern. Ein Arzt, der vor allem Mensch ist, ein Verstehender und Verzeihender. Das Buch, das jeder Denkende lesen sollte, birgt eine Fülle von Beobachtungen und Anregungen und ist wie ein Gespräch mit einem klugen, gütigen, alten Arzte, dem man sein Herz ausschüttet. Ich wünschte, wir hätten recht viele solche Ärzte, und ich wünschte, wir hätten recht viele derartig wertvolle volkstümlich-medizinische Werke.

*Die Gegenwart.*

# Funktionelle Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Herzens und der Gefäße.

Von

Professor Dr. **August Hoffmann** in Düsseldorf.

Mit 109 Abbildungen und 1 farbigen Tafel.

—— Preis Mk. 12,—. Gebunden Mk. 13.20. ——

In dem ersten, ausführlichsten Abschnitt des vorliegenden Lehrbuchs, in der Allgemeinen Diagnostik hat Hoffmann eine ganz vortreffliche Darstellung der heute so zahlreichen Untersuchungsmethoden des Herzens und der Gefäße gegeben. Sie ist die vollständigste, welche dem Referenten bekannt ist. Überall hat man die Empfindung, dass ein vielerfahrener Arzt mit guter, zuverlässiger Kritik die Methoden schildert und ihren Wert bespricht. Eingehende Literaturangaben und vortreffliche Abbildungen erhöhen den Wert der Darstellung. . . .

*Romberg, i. d. Deutschen med. Wochenschrift.*

. . . . Besonders eingehend behandelt der Verfasser die „Allgemeine Diagnostik“, das soll heißen die klinischen Untersuchungsmethoden des Kreislaufs; sie umfassen mehr als die Hälfte des Werkes. Wer sich auf diesem Gebiete unterrichten will, wird hier eine zusammenfassende Darstellung finden, wie sie wohl vorläufig keines der neueren einschlägigen Bücher enthält. Dadurch, dass der Verfasser die Literatur weitgehend berücksichtigt, ist ja auch jedem Gelegenheit gegeben, die betreffenden Spezialabhandlungen leicht ausfindig zu machen. Zahlreiche (109), gut gelungene Abbildungen erleichtern vielfach das Verständnis des Textes, so dass dieses auf der Höhe der Zeit stehende Werk wohl empfohlen werden kann.

*H. E. Hering i. d. Prager med. Wochenschrift.*

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

# Harn-Untersuchungen

und ihre  
diagnostische Verwertung.

Von

**Dr. Carl Bruno Schürmayer-Berlin**

Spezialarzt für Gallensteinkranke, Magen-, Darm-, Leberleidende und  
Bauchchirurgie.

*Zweite, gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage.*

---

**Preis gebunden Mk. 7.20.**

Verf. stellt die mikroskopischen und chemischen Untersuchungsmethoden für den Praktiker zusammen, durch welche schnelle Orientierung erzielt wird. Die Fortschritte der Physiologie sind ebenso berücksichtigt wie die der chemisch-physiologischen und klinischen Untersuchungsmethoden. So wird das Buch zu einem **willkommenen Hilfsmittel für den Praktiker** und ist zu empfehlen. *Deutsche Med.-Zeitung.*

... Zweifellos wird sich das Werk in seiner neuen Gestalt eine grosse Reihe von Freunden erwerben. **Insbesondere der Praktiker wird aus dem Studium des vortrefflichen inhaltreichen Werkes grossen Nutzen ziehen.** *Allgem. med. Centr.-Zeitung.*

---

# Leitfaden

für die

## Chirurgische Krankenpflege.

Von

**Dr. med. John Blumberg** in Moskau.

Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat

Professor **Dr. Hildebrand** in Berlin.

— Mit 54 Abbildungen. **Preis Mk. 2.60.** —

Dieser Leitfaden für die chirurgische Krankenpflege zeichnet sich durch eine vortreffliche Ausstattung aus: sehr gute Abbildungen und sehr guten grossen Druck; dabei ist der Preis sehr niedrig gestellt. Wie Hildebrand in dem Vorworte sagt, gibt Bl. „den Schwestern und Krankenpflegern eine vortreffliche Anleitung für die chirurgische Krankenpflege, die auf Schritt und Tritt die solide Basis der eigenen grossen Erfahrung erkennen lässt. Es ist dringend zu wünschen, dass das Buch wegen seiner grossen Einfachheit und Klarheit, seiner Deutlichkeit und Bestimmtheit sich viele Freunde erwirbt“. Wir können uns dem Hildebrand'schen Wunsche nur anschliessen.

*Schmidt's Jahrbücher.*



VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

---

Lehrbuch  
der  
**Lungentuberkulose**  
für Ärzte und Studierende.

Von

Professor Dr. **Alfred Möller**, Berlin,  
Spezialarzt für Lungenkranke, vorm. dirig. Arzt der Lungenheilstätten  
in Görbersdorf in Schlesien und in Belzig bei Berlin.

Mit zahlreichen Abbildungen.

—— Preis Mk. 7.—, gebunden Mk. 8.—. ——

Auszug aus dem Inhalts-Verzeichnis:

I. Geschichte der Lungentuberkulose. II. Der Tuberkelbazillus.  
III. Pathologische Anatomie. IV. Formen der Lungentuberkulose.  
V. Entstehungsweise. VI. Disposition. VII. Allgemeines und  
genereller Verlauf der Krankheit. VIII. Symptome. IX. Diagnose.  
X. Differentialdiagnose. XI. Akute Miliartuberkulose. XII. Prognose.  
XIII. Prophylaxe und Belehrung. XIV. Therapie. XV. Tuberkulose-Komplikationen.

Auszüge aus Besprechungen:

Aus einer Anzahl von Vorträgen entstand das vorliegende Buch, das man als ein Lehrbuch in des Wortes bester Bedeutung bezeichnen kann. In seltener Ausführlichkeit findet denn auch der Leser alles mitgeteilt, was für die Symptome, Diagnose und Differentialdiagnose, Prognose, Prophylaxe, Therapie und Komplikationen von irgendwelcher Bedeutung ist. Zweifellos wird sich das Buch zahlreiche Freunde erwerben, denn wie kein anderes erscheint es berufen, für den praktischen Arzt ein Nachschlagewerk zu sein.

*Ärztl. Randschau.*

. . . . Das Buch verdient die Beachtung aller Ärzte und Studenten, nicht nur der Spezialärzte auf dem Gebiete der Lungentuberkulose, sondern gerade der Praktiker, denen die Tuberkulose in ihrer Praxis wohl täglich begegnet.

*Deutsche Ärzte-Zeitung.*

. . . . In besonders geschickter und übersichtlicher Form sind die verschiedenen Methoden dargestellt, die dem Praktiker eine Frühdiagnose der Tuberkulose erleichtern sollen. Möllers Lehrbuch ist berufen, dem Arzte einen nützlichen Helfer in dem Kampfe gegen die Tuberkulose abzugeben.

*Klinisch-therapeutische Wochenschrift.*

# Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie.

Unter Mitwirkung von Fachgenossen  
herausgegeben von

**E. Bumm**, Berlin, **A. Döderlein**, München,  
**K. Franz**, Berlin und **J. Velt**, Halle.

Von den durchweg inhaltreichen und interessanten Arbeiten einzelne besonders hervorheben zu wollen, würde eine Ungerechtigkeit gegen die anderen sein und alle zu besprechen würde den Rahmen des kurzen Referates überschreiten.

... Die Lektüre dieses Buches kann jedem Praktiker, der sich mit Geburtshilfe und Gynäkologie beschäftigt, dringend empfohlen werden; er wird die hierfür verwandte Zeit nicht zu bereuen haben, da er aus den Arbeiten mannigfache Anregung und eine Fülle von Wissenswertem schöpfen wird.

*A. Rieländer-Marburg in der Münchener med. Wochenschrift.*

Bis jetzt erschienen:

- I. Band I. Abteilung Mk. 7.—. II. Band I. Abteilung Mk. 6.—.  
I. Band II. Abteilung Mk. 5.—. II. Band II. Abteilung Mk. 4.—.  
III. Band I. Abteilung Mk. 8.—. III. Band II. Abteilung Mk. 4.—.
- 

## Allgemeine Gynäkologie.

Vorlesungen über Frauenkunde  
vom ärztlichen Standpunkte.

Von

Geheimrat Professor Dr. **F. von Winckel** in München.

— Preis Mk. 5.70. Gebunden Mk. 6.70. —

... Über Winckels Bedeutung als Gynäkologe und Lehrer zu sprechen hiesse Eulen nach Athen tragen. Betont muss aber die Vielseitigkeit und das geradezu enorme Wissen werden, welche sich in diesen Vorlesungen dokumentieren. Der Verf. beherrscht nicht nur die klassische alte und neue Literatur, auch die Romane und Schriften der jüngeren und jüngsten Zeit kennt er, so dass es zu verwundern ist, wie der vielbeschäftigte Arzt und Lehrer die Zeit zu dieser umfassenden Lektüre gefunden hat. Dabei ist der Stil dieser Vorlesungen ein solch geistvoller, dass er das Anhören der an sich manchmal trockenen Materie zu einem Genuss gestaltet und der feine Humor, mit dem sich W. manchmal an seine Hörer wendet, gibt dem Ganzen ein besonders liebenswürdiges Gepräge.

... Das Werk hat jedoch nicht nur allein Interesse für einen Berufsmediziner, sondern es sollte auch einen Ehrenplatz in der Bibliothek jedes Gebildeten einnehmen, der sich für die Frauenfrage interessiert.

*Münchn. med. Wochenschrift.*

Grundriss  
der  
Stoffwechsel=Krankheiten  
und Konstitutionsanomalien  
unter besonderer Berücksichtigung ihrer  
physikalisch - diätetischen Behandlung.

Von

Dr. **Arnold Wilke,**

dirigierender Arzt, Königstein im Taunus.

— Preis Mk. 6.—. Gebunden Mk. 7.—. —

Auszug aus dem Inhalts-Verzeichnis:

**Der normale Stoffwechsel. Die Stoffwechsel-Erkrankungen.** 1. Der Diabetes mellitus. 2. Die Pentosurie. 3. Der Diabetes insipidus. 4. Die Gicht. 5. Einige seltenere Stoffwechsel-Krankheiten. 6. Die Fettsucht. 7. Die Stoffwechsel-Erkrankungen bei Anomalien der Drüsen mit innerer Sekretion. 8. Die Blutkrankheiten. 9. Die hämorrhagischen Diathesen. 10. Die Rhachitis. 11. Die Osteomalacie. 12. Die Skrophulose.

Auszüge aus Besprechungen:

Lichtvolle Darstellung der Ätiologie und Klinik unter Berücksichtigung der neuesten Forschung! Von hervorragendem Wert ist der therapeutische Teil und in diesem besonders die Ausführungen, welche den physikalisch-diätetischen Massnahmen gewidmet sind. Der Autor gibt nicht Orakelsprüche kund, sondern überzeugt durch Gründe. — Das Buch, aus der Praxis für die Praxis geschrieben, sei mit aufrichtiger Empfehlung geleitet.

*Zeitschrift für Balneologie.*

Das Buch W.s ist für die Praxis geschrieben. Ohne auf noch nicht sicher geklärte Theorien einzugehen, erwähnt Verfasser alles Wissenswerte unter spezieller eingehender Berücksichtigung der Therapie. Trotz der grossen Zahl grösserer Lehrbücher und Monographien über Stoffwechsel-Erkrankungen wird auch W.s Werk viele Freunde finden. *Deutsche Ärzte-Zeitung.*

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN WIESBADEN.

---

---

# Die operative Geburtshilfe

---

---

## der Praxis und Klinik.

Von

Geh. Rat Prof. Dr. **Hermann Fehling** in Strassburg.

Mit 77 Abbildungen.

Preis gebunden Mk. 4.—

Das vorliegende Buch des bekannten Strassburger Gynäkologen ist, wie das Vorwort besagt, lediglich „für den in der Praxis stehenden Geburtshelfer bestimmt“, und als solches stellt es in der Tat etwas Neues, Originelles dar. Wer nun die Entwicklung der Geburtshilfe während der letzten 10 Jahre verfolgt hat, wird zugeben müssen, dass sie sich gegenüber den früheren Jahren wesentlich erweitert hat. „Zu den ehemals so einfachen Apparaten: Zange, Wendung usw. hat die neue chirurgische Richtung der Geburtshilfe ein wertvolles Gebiet hinzugefügt“, sagt der Verfasser in der Vorrede. Um den Praktiker über den jetzigen Stand der Geburtshilfe genau zu orientieren und „das für ihn Passende“ herauszuschälen, gibt der Verfasser in 20 klinischen Vorlesungen ein überaus anschauliches Bild des derzeitigen Standes der operativen Geburtshilfe, jedoch in der Weise, dass er die Geburtshilfe des Praktikers von der „klinisch-operativen Geburtshilfe“ getrennt vorträgt und damit dem ersteren deutlich zeigt, „wie weit er selbst in seinem Handeln gehen kann und soll“, und „was, wenn sein Können nicht mehr ausreicht, die klinische Geburtshilfe leisten kann“. Darin gipfelt nach meiner Ansicht der grosse Wert des vortrefflich geschriebenen Buches. So zerfällt das Buch nach einer äusserst klaren Einleitung über Desinfektion, Instrumentarium, Narkose, in 3 Hauptteile: I. entbindende Operationen in der praktischen Geburtshilfe (Vorlesung 2—8), II. Hilfsoperationen der praktischen Geburtshilfe (Vorlesung 9—11), III. klinisch-operative Geburtshilfe, nebst einem Anhang über die Erkenntnis und Therapie des engen Beckens. Es erhellt daraus, dass die ganze Anlage des Buches gerade den Bedürfnissen des Praktikers entspricht.

. . . . Jedenfalls kann ich das vorliegende Werk jedem Praktiker aufs dringendste zum Studium empfehlen und wünsche dem aufs beste ausgestatteten Buche die weiteste Verbreitung!

*Prof. H. Walther (Giessen) i. d. Med. Klinik.*

# Über die sexuelle Konstitution und andere Sexualprobleme.

Von

Dr. L. Loewenfeld, Nervenarzt in München.

Mk. 6.—, gebunden Mk. 7.—.

---

Ein treffliches Werk, dessen aktueller Inhalt in reizvoller Weise belehrt, anregt und unterhält. Für seinen wissenschaftlichen Gehalt bürgt der Name des bekannten Nervenarztes. Er erweitert die Freudsche Definition des im Titel genannten Begriffs ganz wesentlich durch eingehende Würdigung des Beginns und der Dauer der sexuellen Funktionen, der (somatischen, chemischen, olfaktorischen und psychischen) Quellen der sexuellen Erregung, der Stärke des Geschlechtstriebes, der sexuellen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit (bei beiden Geschlechtern) sowie der Spermasekretion und -exkretion. In den Schlussfolgerungen werden verschiedene Sexualkonstitutionen aufgestellt und beherzigenswerte hygienische Winke gegeben. Auf Schritt und Tritt begegnet uns der erfahrene Spezialist, der eine seltene Fülle von Literatur kritisch verarbeitet und mit der Einstreuung eigener Beobachtungen nicht kargt. Weiter wird in zwei besonderen Abschnitten die Erotik und Sinnlichkeit sowie die Libido als Triebkraft im geistigen Leben behandelt, wobei die Sublimierungsfrage eine eigene Erörterung findet. Auf den konkreten Inhalt können wir nicht näher eingehen. Nicht alle Deutungen werden Zustimmung finden. Belangvoll ist die aus der eigenen Erfahrung gezogene Folgerung, dass die Masturbation in mindestens 75 % die Hauptursache der Impotenz bildet, und die Überzeugung, dass unter den schädigenden Momenten die Abstinenz nur eine recht untergeordnete Rolle spielt, Welcher Gegensatz zu sonst und jetzt geäußerten Anschauungen anderer Autoren! Den Einfluss der Sexualität und damit auch der Liebe auf das künstlerische Schaffen hat man nach Loewenfelds Meinung überschätzt.

*Deutsche med. Wochenschrift.*

20.4.







616.03 R100 c.1

Spezielle diagnostik und therapie in



086 989 614

UNIVERSITY OF CHICAGO